



2º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização Médico-Cirúrgica

Área de Intervenção – Enfermagem Oncológica

CAPACITAÇÃO DO ENFERMEIRO NO CONTROLO SINTOMÁTICO DA PESSOA EM FIM DE VIDA

ALEXANDRA BELCHIOR DIAS

LISBOA

2012



2º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização Médico-Cirúrgica

Área de Intervenção – Enfermagem Oncológica

CAPACITAÇÃO DO ENFERMEIRO NO CONTROLO SINTOMÁTICO DA PESSOA EM FIM DE VIDA

ALEXANDRA BELCHIOR DIAS

Relatório de Estágio orientado por:

Professora Isabel Félix

LISBOA

2012





AGRADECIMENTOS

À Professora Isabel Félix e à Enfermeira Carla Martins pelos exemplos dados na profissão de enfermagem e pelo incansável apoio, disponibilidade e incentivo.

A todos os elementos da equipa de enfermagem do Serviço de Medicina que será sempre a minha casa, pelo empenho e inestimável amizade demonstrado ao longo da implementação deste projeto. Todo este percurso fez sentido por ser com eles e para eles.

À equipa médica deste Serviço que sempre respeitou e reconheceu a minha experiência e conhecimentos, mesmo quando deixei de ser “da casa” e passei a ser “a estagiária”.

À minha nova equipa por tão bem ter aceite as minhas ausências e ter compreendido o que este Projeto significava para mim.

A ti, que sei mesmo à distância, continuarás a acreditar em mim.



RESUMO

Os progressos na área da saúde, associados a uma melhoria das condições de vida, conduziram a um acréscimo significativo de pessoas com doenças crónicas e progressivas. Esta realidade constitui uma problemática não só para o doente como para as pessoas que lhe prestam cuidados, sejam elas técnicas de saúde ou familiares/pessoas significativas.

Cada vez mais, é necessário que os enfermeiros atuem a partir de uma compreensão profunda da situação de vida e de saúde da Pessoa enquanto ser único, o que estou convicta terá impacto na efetivação de uma praxis mais construtiva e proativa.

A realidade vivenciada neste Serviço de Medicina de um hospital central, indicia que o motivo de internamento do doente oncológico em situação de fim de vida se relaciona, na maior parte das situações, com a necessidade de controlo de sintomas físicos, muitas vezes associados a uma enorme angústia, sofrimento e desconforto.

O desempenho da equipa multidisciplinar tem vindo crescentemente a evidenciar a preocupação de responder às necessidades destes doentes, no entanto, tais intervenções, são por vezes pouco consistentes, uma vez que não existe um suporte formativo e uma linha de atuação definida.

Este Projeto surge assim com a finalidade de desenvolver competências específicas na preparação e capacitação da equipa de enfermagem, de modo, a otimizar a resposta e a articulação com a equipa multiprofissional e a promover o conforto e a melhoria do controlo sintomático da pessoa com doença oncológica em fim de vida.

O desenvolvimento do mesmo passou por uma metodologia de projeto suportado num percurso de investigação-ação o que permitiu o envolvimento dos enfermeiros e restante equipa multidisciplinar. Esta operacionalização iniciou-se a 2 de Outubro de 2011 tendo terminado a 12 de Fevereiro do corrente ano.

Os resultados obtidos após a sua execução evidenciaram que a garantia da continuidade dos cuidados nesta área foi promovida através de intervenções globais e consistentes que se traduziram em registos mais individualizados e



completos, sobre a pessoa em fim de vida com necessidade de controlo sintomático e também, pela aplicação da Escala de Edmonton.

Também fator determinante do sucesso de implementação do Projeto é o fato, das atividades iniciadas serem atualmente parte integrante dos cuidados prestados por toda a equipa, a todos os doentes internados com necessidade de controlo sintomático.

As palavras-chave são: controlo sintomático, conforto, doentes em fim de vida, cuidados de enfermagem.



SUMMARY

The progress seen in healthcare, associated to improvement in living conditions, lead to significative increase in the number of people with chronic and progressive diseases. This reality represents a problem to the patient, as well as to those caring for him; independently of whether they are healthcare professionals or a significant one.

More then ever, nurses need to practice upon the deep understanding of the individual's life situation but also on the individuality of the patient. I am certain this approach will contribute to a more effective, constructive and proactive practice. The reality experienced in this medical ward of a district general hospital, indicates that the main reason for admission of oncology patients at the end of life stage, is related to, in the large majority of times, to physical symptoms, often related to deep anguish, suffering and discomfort.

The performance of the multidisciplinary team has increasingly been showing the concern to fulfill the needs of these patients. However their interventions are at times inconsistent, due to the lack of development support and standard operational policies.

Thus, this project aims to develop specific competencies in the development and empowerment of the nursing team, this will optimize the response and articulation with the multidisciplinary team; such approach will promote the comfort and symptom control to the person with cancer at the end of life.

The project follows a service development methodology that allowed the involvement of the nurses and remaining members of the multidisciplinary team. The study has run from the 2nd of October 2011 until the 12th of February of the present year. The results of the study have shown that the continuity of nursing care in this area is promoted by ensuring individualized and detailed documentation about the person at the end of life, as well as the need for symptom management facilitated by the use of Edmond scale.

The actual integration in practice of the findings of this study by all members of the team, to all the admitted patient with symptom control needs, is also a determinant factor for the success of the implementation of this study.

Key words: symptom control, comfort, patients at the end of life, nursing care.



ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	3
RESUMO.....	4
SUMMARY	6
ÍNDICE	7
LISTA DE TABELAS	9
LISTA DE ABREVIATURAS.....	10
0. INTRODUÇÃO.....	11
1. PROBLEMÁTICA – JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO.....	16
2. COMPETÊNCIAS A DESENVOLVER.....	18
3. QUADRO DE REFERÊNCIA.....	20
3.1. O controlo sintomático e a doença oncológica – a realidade em Portugal	20
3.2. Políticas de Saúde – Os doentes oncológicos em fim de vida internados nos Serviços de Medicina.....	23
3.3. Modelo de Enfermagem de Katharine Kolcaba – A Teoria do Conforto....	27
3.4 Trabalho em Equipa	30
4.METODOLOGIA – DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES E RESULTADOS ATINGIDOS.....	33
4.1. Estágio de Observação Participante numa Unidade de Internamento de Cuidados Paliativos (3 de Outubro a 31 de Novembro)	35
4.2. Estágio de Observação Participante no Serviço de Medicina	37
4.2.1. Primeiro Objetivo Específico (2 de Dezembro de 2011 a 13 de Janeiro de 2012).....	37
4.2.2. Segundo Objetivo Específico (2 de Dezembro de 2011 a 13 de Janeiro de 2012).....	38
4.2.3. Terceiro Objetivo Específico (16 de Janeiro a 3 de Fevereiro de 2012)	44
4.2.4. Quarto Objetivo Específico (16 de Janeiro a 3 de Fevereiro de 2012)	46
4.2.5. Quinto Objetivo Específico (6 a 17 de Fevereiro de 2012).....	47
4.2.6. Sexto Objetivo Específico (6 a 17 de Fevereiro de 2012).....	49
4.2.7. Sétimo Objetivo Específico (6 a 17 de Fevereiro de 2012).....	53
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	55
6. LIMITAÇÕES DO PROJETO.....	58
7. RECOMENDAÇÕES DO TRABALHO PARA A PRÁTICA	59
8. CONCLUSÃO	61
9. BIBLIOGRAFIA.....	63
ANEXOS	67
I CARATERIZAÇÃO DO SERVIÇO	
II CRONOGRAMA	
III CARATERIZAÇÃO DA UNIDADE DE INTERNAMENTO DE CUIDADOS PALIATIVOS	
IV ESTUDO DE SITUAÇÃO REALIZADO NA UNIDADE DE INTERNAMENTO DE CUIDADOS PALIATIVOS	
V BASE DADOS DE REGISTO DE DOENTES	
VI BASE DADOS DE ANÁLISE DE CONTEÚDO DE REGISTOS	



VII	QUESTIONÁRIO I
VIII	RESULTADO DA ANÁLISE DE QUESTIONÁRIOS E APLICAÇÃO DA ESCALA DE EDMONTON
IX	DOSSIER DE SINTOMAS
X	QUADRO DE SINTOMAS
XI	QUESTIONÁRIO II



LISTA DE TABELAS

	PAG.
TABELA 1: POPULAÇÃO RESIDENTE E FALECIDA EM PORTUGAL	20
TABELA 2: LOCAL DE MORTE EM 8 PAÍSES DA UNIÃO EUROPEIA	25
TABELA 3: ANÁLISE DE REGISTOS DE ENFERMAGEM NA ADMISSÃO DOS DOENTES: FASE I	38
TABELA 4: ANÁLISE DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM QUE A EQUIPA CONSIDERA IMPORTANTES NO ÂMBITO DO CONTROLO SINTOMÁTICO DA PESSOA EM FIM DE VIDA	41
TABELA 5: PONTOS FORTES DO DESEMPENHO DO ENFERMEIRO NO CONTROLO SINTOMÁTICO DA PESSOA EM FIM DE VIDA	42
TABELA 6: SINTOMAS QUE O ENFERMEIRO SENTE TER MAIS DIFICULDADE EM CONTROLAR, NO CUIDADO AO DOENTE EM FIM DE VIDA COM NECESSIDADE DE CONTROLO SINTOMÁTICO	43
TABELA 7: ANÁLISE DE REGISTOS DE ENFERMAGEM NA ADMISSÃO DE DOENTES: FASE II	48
TABELA 8: ANÁLISE DE REGISTOS NA ESCALA DE EDMONTON (ESAS)	49
TABELA 9: IMPACTO DO PROJETO NA PRÁTICA DE CUIDADOS	50
TABELA 10: CONTRIBUTOS PARA A PRÁTICA DE CUIDADOS À PESSOA EM FIM DE VIDA COM NECESSIDADE DE CONTROLO SINTOMÁTICO	51
TABELA 11: CONTRIBUTO DO PROJETO PARA A QUALIDADE DOS CUIDADOS	52
TABELA 12: ASPETOS RELEVANTES PARA A QUALIDADE DOS CUIDADOS PRESTADOS À PESSOA EM FIM DE VIDA	52
TABELA 13: PERTINÊNCIA DA CONTINUAÇÃO DO PROJETO	53
TABELA 14: SUGESTÕES PARA A CONTINUIDADE DO PROJETO	54



LISTA DE ABREVIATURAS

CDS-PP:	CENTRO DEMOCRÁTICO SOCIAL – PARTIDO POPULAR
ESAS:	EDMONTON SYMPTOM ASSESSMENT SYSTEM – ESCALA DE EDMONTON
INE:	INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA
OE:	ORDEM DOS ENFERMEIROS
OMS:	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
PNCP:	PLANO NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS
PNPCDO:	PLANO NACIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLO DE DOENÇAS ONCOLÓGICAS
PON:	PLANO ONCOLÓGICO NACIONAL
REPE:	REGULAMENTO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO
RNCCI:	REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS
SSRI:	INIBIDOR DE RECAPTAÇÃO DE SEROTONINA



0. INTRODUÇÃO

A minha experiência pessoal e profissional na prestação de cuidados a pessoas em situação de doença oncológica ao longo de treze anos de profissão, bem como o contributo do saber teórico e reflexivo fomentado pela frequência do atual curso de pós-licenciatura, foram fulcrais para pautar o meu desempenho numa compreensão profunda do indivíduo e da sua situação de vida e de saúde.

Enquanto cuidadora formal e na qualidade de referente para a equipa de cuidados, estou convicta que uma praxis mais construtiva e proativa tem impacto na efetivação dos cuidados à Pessoa enquanto ser único, multidimensional, portador de valores, crenças e projetos singulares, dotado de dignidade e direito de autonomia.

Este Projeto surge com a finalidade de desenvolver competências específicas na preparação e capacitação da Equipa de Enfermagem da qual fui corresponsável. No domínio da gestão de cuidados, pretendo otimizar a resposta da Equipa de Enfermagem e a articulação com a equipa multiprofissional, de modo a promover a melhoria do controlo sintomático e o conforto da pessoa em fim de vida.

Após o planeamento deste Projeto, desenvolvido com base no cruzamento da minha empatia com o tema com a necessidade de formação identificada pela Equipa de Enfermagem do Serviço de Medicina de um hospital central de Lisboa, com quem trabalhava, surgiu um novo desafio na minha vida profissional.

Foi-me feito o convite para integrar um Projeto inovador na área da oncologia em Portugal. Este convite reunia a possibilidade de trabalhar com doentes oncológicos em todas as fases de doença, envolvendo também a componente de investigação com o objetivo de aplicar uma medicina translacional direcionada ao doente, com uma equipa de peritos na área, tornando-se por si, um desafio imperdível e impossível de recusar.

Contudo, a decisão não foi de todo linear. Estavam para trás 13 anos de crescimento pessoal e profissional, histórias, vivências,...o Hospital e o Serviço que foi o meu “lar” nos bons e maus momentos dos últimos dois anos. Assim, este Projeto, que foi construído para ser vivido por mim e comigo, passou a ser



o meu legado a uma equipa em crescimento, que sente o tema como uma necessidade para a prática de cuidados de excelência. Algo que quis deixar construído após a minha saída e que gostava de ver crescer juntamente com aquela equipa.

Os progressos na área da saúde, associados a uma melhoria das condições de vida, e o correspondente aumento da esperança média de vida, conduziram a um acréscimo significativo de pessoas com doenças crónicas e progressivas, aspetos que, aliados às alterações da rede sócio-familiar, têm tido um impacto crescente na organização dos sistemas de saúde e nos recursos especificamente destinados aos doentes crónicos. Esta realidade constitui uma problemática não só para o doente como para as pessoas que lhe prestam cuidados, sejam elas técnicas de saúde ou familiares/pessoas significativas. Deste modo, os cuidados paliativos têm vindo a assumir uma importância crescente.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS:2004),

“O cuidado paliativo reconhece o valor da vida e olha a morte como um processo normal, não apressa nem adia a morte, trata com eficácia a dor e o sofrimento, integra os aspectos psicológicos e espirituais do cuidado de saúde, oferece um sistema de apoios para que o doente viva tão activo quanto possível até à morte e para que a família suporte o sofrimento com o período final da doença e com o luto pela perda do seu familiar”.

O tratamento não pretende curar ou prolongar a vida do doente, mas paliar sintomas e diminuir o seu sofrimento, sendo o objetivo principal a promoção da qualidade de vida e conforto do doente e família.

Como tão bem ressalva a teórica de enfermagem em que suportei este Projeto,

“o conforto psico-espiritual engloba as componentes mentais emocionais e espirituais do *self*, e é definido como tudo aquilo que possa dar significado à vida de uma pessoa e implica auto-estima, auto-conceito, sexualidade e a relação com uma entidade superior.” KOLCABA (2003, p.28)

É no hospital que a maior parte dos doentes em fase terminal passam os seus últimos dias de vida, fato que cria desafios acrescidos aos profissionais de saúde em geral e aos enfermeiros em particular.



PINTO (1991, p.11), cita o artigo 3º da Proclamação dos Direitos do Homem, que consagra o direito à vida, à liberdade, e à segurança da sua pessoa, aliado ao artigo 25º, que consagra o direito às condições de vida dignas, aos cuidados especiais, à assistência e à saúde necessárias. Mas será que passados 20 anos estes direitos humanos já são devidamente exercidos no quotidiano dos cuidados de saúde?

É frequentemente num ambiente pouco acolhedor e despersonalizado que o doente em fase de doença avançada vivencia várias transformações e crises emocionais até ao momento da sua morte. Ao enfermeiro cabe ajudar o doente a viver essa etapa derradeira da vida da melhor forma possível, enquanto, de forma mais ou menos consciente, aprofunda o seu próprio sentido de vida. Uma das condições essenciais para que sejam prestados cuidados de qualidade ao doente em fim de vida é ser capaz de reconhecer que o momento da morte está próximo.

Já em 1965, a importância da possibilidade de se conseguir antever quando a morte vai ocorrer foi estudada por Glaser e Strauss. PAYNE (2004)

Até que ponto nós, enfermeiros, estamos preparados para nos confrontarmos com a morte e para cuidar de doentes em fim de vida? Na nossa formação de base, foi-nos facultada mais informação do que preparação para “sentir” e “atuar” nestas situações. Embora possamos, à partida, pensar que estamos aptos a “ensinar” alguém a lidar com a morte, todos os dias, no contato direto com estes doentes, *aprendemos que temos de aprender a fazê-lo*.

Como refere HILL (1992, p.26), “o lamento do doente em situação de doença terminal, em que todos “se lamentam e estão profundamente consternados com o meu fígado, com o meu sangue, etc., mas ninguém se parece preocupar comigo””.

Nos cuidados prestados ao doente em fim de vida procura promover-se o conforto e a qualidade de vida, em detrimento da utilização de técnicas invasivas que vão prolongar a vida mas também o sofrimento. Neste contexto, valores como o respeito pela dignidade e pela auto-determinação da Pessoa em fim de vida devem ser superiormente considerados.

A combinação de fatores físicos, psicológicos e existenciais na fase final da vida, gera uma situação de grande complexidade que determina a



implementação de cuidados e uma abordagem de carácter interdisciplinar, integrando, para além da família do doente, profissionais de saúde com formação e treino diferenciados, voluntários preparados e dedicados, bem como a própria comunidade.

Com base nesta premissa, cabe-nos então a nós, enfermeiros, desenvolver competências e saberes técnico-científicos e relacionais, no sentido de procurar minimizar o sofrimento do doente/família, oferecendo sistemas de suporte para ajudar o doente a viver o mais ativamente e criativamente possível até à sua morte, proporcionando cuidados holísticos, integrando aspetos espirituais, psicológicos e sociais, nunca esquecendo que cuidados paliativos efetivos dependem do trabalho de equipa e da comunicação.

Como disse Cicely Saunders, fundadora do movimento moderno dos cuidados paliativos, a forma de morrer de uma pessoa fica gravada em todos quantos a presenciaram. BARBOSA (2006).

É na confluência destas perspetivas que o tema do Projeto se foca, na **Capacitação do Enfermeiro no Controlo Sintomático à Pessoa em Fim de Vida**, em que a população-alvo dos cuidados corresponde a pessoas em situação de doença oncológica. A realidade vivenciada neste Serviço, uma enfermaria de Medicina de um hospital central, onde exerci funções de *segundo elemento*, coadjuvando a enfermeira chefe na gestão de cuidados e de recursos, consubstanciou a evidência anteriormente descrita.

Ao longo da minha prática de cuidados a estes doentes, verifiquei que o motivo de internamento no hospital se relaciona, na maior parte das situações, com a necessidade de controlo de sintomas físicos, muitas vezes associados a uma enorme angústia e sofrimento, a um tempo causa e efeito.

O desempenho da equipa multidisciplinar tem vindo crescentemente a evidenciar a preocupação de responder às necessidades destes doentes, procurando proporcionar-lhes a melhor qualidade de vida, de acordo com os seus valores e projetos de vida. No entanto, tais intervenções, embora impregnadas de uma intencionalidade positiva, são por vezes pouco consistentes e descontextualizadas, uma vez que não existe um suporte formativo e uma linha de atuação definida.



Na ausência de competências identificadas para o enfermeiro especialista em oncologia, o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa elaborado pela Ordem dos Enfermeiros em Outubro do ano passado (2011, p.1) diz-nos que as competências destes enfermeiros são,

1. Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida;
2. Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte.

Também o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica elaborado pela Ordem dos Enfermeiros (2010, p.2) defende que,

“(...) os cuidados de enfermagem exigem observação, colheita e procura continua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil.”

Neste sentido, foram definidos como objetivos para o Projeto:

1. Desenvolver competências como enfermeira especialista no âmbito do controlo sintomático ao doente em fim de vida;
2. Desenvolver competências que me permitam capacitar os elementos da Equipa de Enfermagem para o controlo sintomático à pessoa em fim de vida.

Irei começar por apresentar a problemática – justificação do estudo, seguida do quadro teórico de referência. No quarto capítulo apresento o planeamento do trabalho de campo, seguindo-se a discussão de resultados no quinto capítulo e posteriormente as limitações sentidas, as recomendações do trabalho para a prática, finalizando com as conclusões.



1. PROBLEMÁTICA – JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO

Os enfermeiros têm progressivamente vindo a valorizar modelos de formação assentes nas autoaprendizagens e na promoção de momentos reflexivos. Com efeito, não é apenas pela acumulação de cursos, conhecimentos ou técnicas que o enfermeiro constrói a sua formação, mas é essencialmente através de um trabalho de reflexão individual, sobre a sua prática e de uma (re)construção permanente da sua identidade pessoal e profissional.

Ao longo do meu percurso profissional procurei continuamente enriquecer-me como pessoa e como profissional, sendo que a área de Oncologia e de Cuidados Paliativos sempre despertou em mim particular interesse. Deste fato constituem prova não só a frequência deste do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem, como a Pós - Graduação em Cuidados.

De igual modo, a oportunidade que me foi dada de integrar as equipas do Hospital Dia de Oncologia de um Hospital Central de Lisboa e da Unidade de Apoio Domiciliário de Cuidados Continuados e Paliativos de uma Santa Casa da Misericórdia têm-se revelado como efetivas mais-valias, dado terem contribuído para a consolidação de saberes e competências específicas, a partir da experiência refletida e da partilha de sucessos, desaires e emoções. Despertou-me igualmente para a importância de uma adequada prevenção das situações de crise, com base no conhecimento do doente, do seu projeto de vida, das suas necessidades, inquietações e medos.

Acredito que é imprescindível o respeito pela dignidade do doente em fim de vida, bem como a promoção de um cuidar humanizado pelos profissionais de saúde, particularmente pela Equipa de Enfermagem, que deve respeitar a singularidade do doente e valorizar as suas necessidades no campo biológico, psicológico social e espiritual. No meu entender, é sempre possível cuidar de uma pessoa doente, embora nem sempre se possa curar a doença. É fulcral que o enfermeiro procure reconhecer o doente que enfrenta a sua terminalidade, dando uma correta resposta às necessidades e alívio dos sintomas identificados.

Ser responsável pela prestação de cuidados a doentes em situação de fim de vida representou grande parte da minha prática no quotidiano neste Serviço de Medicina. Com cerca de dois anos de existência, esta unidade de cuidados é



palco de intervenção da equipa de saúde para um total de dezoito indivíduos (homens e mulheres), maioritariamente idosos e com diminuição da capacidade funcional. Apesar da inexistência de indicadores estatísticos, é evidente o elevado número de pessoas com doença oncológica em estadios avançados e com história de múltiplos internamentos para controlo sintomático.

Sendo um Serviço recente, a Equipa de Enfermagem é composta por elementos, na sua maioria com pouca experiência profissional, (Anexo I – Caracterização do Serviço) sendo o controlo sintomático da pessoa em fim de vida efetuado, muitas vezes, com base na perceção de cada profissional.

Consciente de tais dificuldades procurei, de forma sistemática, mobilizar os saberes e competências que já detinha nesta área, no sentido de orientar e apoiar a Equipa de Enfermagem, na construção, apenas mental, de um plano de intervenção e na implementação das necessárias ações paliativas.

Fazia-o com um espírito de *serviço*, certa de que a finalidade última da minha intervenção é o conforto e bem-estar de cada doente/família por nós cuidados.

É com inegável satisfação pessoal, mas sobretudo com humildade e enorme sentido de responsabilidade, que assumo estar convicta de que a equipa me via como referente e modelo para prossecução da melhoria contínua da qualidade dos cuidados, nomeadamente ao doente oncológico em fim de vida, não só pelos saberes técnico-científicos mobilizados mas, de igual modo, pelas competências relacionais entretanto evidenciadas na interação estabelecida quer com doentes e famílias, quer com a equipa intra e multidisciplinar. Senti assim a necessidade de reforçar saberes e desenvolver competências para, de forma segura e cada vez mais consistente, poder responder aos desafios em que tal estatuto me colocou.

Assim a implementação de um Projeto que vise a capacitação da Equipa de Enfermagem na abordagem a estes doentes/famílias, com base na minha formação académica e experiência profissional, no meu entender e também da Enfermeira Chefe do Serviço, permitirá o crescimento pessoal e profissional de todos os elementos e a melhoria dos cuidados àqueles que dependem da equipa. Pretendo deixar-lhes uma proposta de caminho, delineado para o percorrerem com o seu próprio pé, de modo, a sentirem as suas dificuldades e os pequenos sabores de vitória.



2. COMPETÊNCIAS A DESENVOLVER

Considerando o modelo de Dreyfus de aquisição de competências aplicado à Enfermagem, descrito por Patricia Benner “a perita, que detém enorme experiência, compreende agora de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder num leque de soluções e diagnósticos estéreis” BENNER (2001,p.58). Segundo a mesma autora,

“a compreensão global melhora o seu processo de decisão que se torna cada vez menos trabalhoso, porque a enfermeira possui, agora, uma perspectiva que lhe permite saber quais dos muitos aspectos e atributos são importantes” BENNER (2001, p.54).

A realização deste Projeto numa área com a qual tanto me identifico, por se centrar numa temática de grande interesse pessoal, aliada a uma tão significativa evidência científica da respetiva pertinência, surge com o objetivo de desenvolver competências específicas no sentido de atingir o grau de perita nesta área pois,

“quando as peritas podem descrever situações clínicas onde a sua intervenção faz a diferença, uma parte dos conhecimentos decorrente da sua prática torna-se visível. E é com esta visibilidade que o realce e reconhecimento da perícia se tornam visíveis” BENNER (2001, p.61)

Segundo o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE:2000, p.7) o enfermeiro especialista,

“é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em Enfermagem ou um curso de estudos superiores especializados em Enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de Enfermagem gerais, cuidados de Enfermagem especializados na área da sua especialidade.”

A OE (2010, p.5) diz também que, “*Domínio de competência*” é uma esfera de ação e compreende um conjunto de competências com linha condutora semelhante e um conjunto de elementos agregados.”

Os regulamentos das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e da Individualização das Especialidades Clínicas de Enfermagem, aprovados em Assembleia Geral a 29 de Maio de 2010 e publicados pela OE descrevem os quatro domínios de competências comuns para os enfermeiros especialistas:



A – Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal no qual desenvolve uma prática profissional e ética no campo de intervenção e promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

B – Domínio da melhoria da qualidade desempenhando um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; concebe, gera e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade; cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.

C – Domínio da gestão de cuidados em que gere os cuidados, otimizando a reposta da Equipa de Enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional, e adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados.

D – Domínio do desenvolvimento de aprendizagens profissionais no qual desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade; baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões do conhecimento.

Relativamente ao quinto Domínio – competências específicas – este remete para a prestação de cuidados especializados sendo que, na ausência da sua definição pela OE, passo a descrever as competências que delinee com base no curriculum que compõe o curso de mestrado:

- Cuida da pessoa e sua família nas diferentes etapas da doença oncológica envolvendo-os como parceiros no contexto intra-hospitalar;
- Respeita o direito à informação da pessoa e família em situação de doença oncológica;
- Presta cuidados específicos à pessoa em situação de doença oncológica, com pleno conhecimento sobre o processo de doença e contexto de vida;
- Avalia as forças familiares e as crenças de saúde da pessoa e família em situação de doença oncológica;

As competências específicas acima descritas estão na base da construção deste Projeto, nomeadamente dos objetivos e atividades. Estes serão os pilares para a consecução das competências que me proponho desenvolver como enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente oncológica.



3. QUADRO DE REFERÊNCIA

3.1. O controlo sintomático e a doença oncológica – a realidade em Portugal

Em Portugal, perante a premência de construir uma resposta organizada às necessidades destes doentes, o Plano Nacional de Prevenção e Controle das Doenças Oncológicas 2007-2010, contempla o acompanhamento do doente oncológico ao longo de todas as fases da sua doença, desde a prevenção, rastreios, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. No âmbito dos cuidados paliativos, o referido documento emana diretrizes no sentido do doente e família necessitarem, nas várias fases do seu tratamento, de uma abordagem global das suas necessidades, nomeadamente em termos físicos, psicológicos, sociais e espirituais.

Como apresenta a tabela a baixo, já em 2007 os resultados do INE apresentavam dados estatísticos de doentes falecidos com cancro, que comprovavam o impacto que esta doença tem na nossa população.

Tabela 1 – População residente e falecida em Portugal, ano 2007

Regiões	População	Total Falecidos
Portugal	10 617 575	103 512
Continente	10 126 880	98 668
Norte	3 745 236	31 618
Centro	2 385 911	26 896
Lisboa	2 808 414	25 261
Alentejo	760 933	10 225
Algarve	426 386	4 668
Açores	244 006	2 250
Madeira	246 689	2 562

Fonte: INE (2007)

Segundo dados recentes do Instituto Nacional de Estatística (INE), em 2009, os óbitos ocorridos por tumores malignos mantiveram as tendências dos últimos anos, de lento aumento, com 2,3 óbitos por mil habitantes.



De acordo com estimativas de peritos da OMS, em Portugal poderão existir mais de 180 000 pessoas, doentes e seus familiares, que anualmente carecem de uma resposta especializada, com cuidados de saúde especificamente dirigidos às pessoas que apresentam sofrimento associado às situações de doença grave e/ou incurável, em fase irreversível e avançada.

Segundo CAPELAS (2006, p.58), para doentes confrontados com a doença oncológica, “estima-se que sejam necessárias 80-100 camas por milhão de habitantes, sendo que a sua localização deverá ser de 20-40% em hospitais de agudos, com estas a serem unidades de referência.”

Perante este cenário, são necessárias equipas de profissionais de saúde, com formação e competências específicas, não só para o tratamento da doença mas também, na abordagem ao controlo sintomático, suporte psicológico e técnicas adequadas de comunicação com o doente e família. Esses cuidados de saúde interdisciplinares, denominados «Cuidados paliativos», assumem-se hoje, como um imperativo ético, organizacional e até um direito humano, bem como, uma área de desenvolvimento técnico fundamental nos sistemas de saúde. Nas fases mais avançadas da doença, é uma prioridade dar maior ênfase à prevenção e alívio do sofrimento, à promoção da qualidade de vida e ao conforto.

Para Twycross (2001, p.73), “os sintomas são definidos como percepções somatopsíquicas, como resposta a um estímulo nocivo, moduladas por aspectos como o estado de ânimo, o significado, o meio ambiente, o estado de adaptação emocional à situação.” A importância deste conceito está relacionada com a sua grande relevância causal e pela intervenção terapêutica, da qual depende a efetividade do tratamento, indispensável na prática clínica dos doentes que apresentam necessidade de controlo sintomático.

Segundo o mesmo autor (2001, p.48), a abordagem clínica ao controlo de sintomas pode ser resumida nos seguintes critérios de intervenção:

- *Avaliar antes de tratar* – é fundamental determinar, em primeiro lugar, a causa dos sintomas e respetivos mecanismos de instalação. Para além das causas, deve igualmente avaliar-se o impacto nas diferentes dimensões da Pessoa doente.



- *Explicar a causa destes sintomas*, – aplicar técnicas adaptativas de comunicação, de modo que, o doente possa compreender, assim como as medidas terapêuticas a aplicar. Estender esta informação à família ou cuidador principal.

- *Monitorização dos sintomas* – considerando como características fundamentais dos sintomas, o seu carácter multidimensional, a sua prevalência, as causas multifatoriais e evolução, é necessário selecionar e aplicar, em cada situação, o instrumento de avaliação mais adequado e proceder a registos rigorosos, claros e concisos que incluam, nomeadamente: características do sintoma, localização, etiologia, intensidade, fatores desencadeantes e/ou de alívio e terapêutica instituída. Uma correta monitorização permitirá a (re)avaliação sistemática, a comparação de resultados e o correspondente ajuste da estratégia terapêutica.

- *Atenção aos detalhes* - para otimizar o controlo sintomático e minimizar os efeitos secundários e adversos da terapêutica que se vai instituir, é imprescindível que se avaliem os objetivos terapêuticos face a cada sintoma.

Assim, na avaliação das causas e intensidade de um ou mais sintomas, deveremos ter em consideração os fatores desencadeantes e a elaboração de um plano terapêutico que inclua medidas gerais como; apoio emocional, informação apropriada e reavaliação frequente. Outro aspeto a considerar é o prognóstico e a possibilidade de resposta ao tratamento.

- *Caráter multidimensional* - perante um estímulo nocivo são afetados múltiplas dimensões (física, emocional, social e espiritual). Um modo de observar este aspeto é investigar o grau de preocupação que geram os vários sintomas, e que pode ser devido ao seu significado (p.e.debilidade e perda de peso), ou a valores culturais (p.e.anorexia), ou perceção de ameaça (p.e.hemorragia, dispneia intensa).

A estratégia terapêutica a utilizar deverá compreender sempre que possível a componente farmacológica e não farmacológica, como abordagem da doença e específica para cada sintoma.

- *Sintomas frequentes e múltiplos* - a frequência dos sintomas depende do tipo de patologia, estadio e existência de metastização. O doente e família devem



ser informados sobre causas e mecanismo dos sintomas, assim como da estratégia terapêutica e como proceder em caso de crises.

Segundo CAPELAS (2006, p.57), os níveis de abordagem clínica do controlo de sintomas dependem diretamente da gravidade e intensidade dos sintomas,

“Estes níveis são influenciados pelos antecedentes do doente, presença de dor e ou outros sintomas (tipo, intensidade e prevalência), situações clínicas de maior complexidade (agonia, oclusão intestinal, entre outros), síndromas específicas (metastização óssea, compressão medular, carcinomatose, entre outros). São também influenciados pela presença e intensidade de sintomas psicológicos, grau de adaptação emocional e perturbações adaptativas, transtornos do comportamento e da relação social, prognóstico, crises na evolução da doença, presença ou ausência de cuidador principal, capacidade para o auto cuidado, luto patológico antecipado, presença de conflitos relacionais, novas fórmulas de família, necessidade de intervenção de outras equipas, dilemas éticos e de valores, atitudes e crenças.”

De acordo com o Programa Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP:2004, p. 6), os doentes que necessitam de cuidados paliativos são aqueles que apresentam os seguintes critérios:

- a) Não têm perspetiva de tratamento curativo;
- b) Têm rápida progressão da doença e com expectativa de vida limitada;
- c) Têm intenso sofrimento;
- d) Têm problemas e necessidades de difícil resolução que exigem apoio específico, organizado e interdisciplinar.

Na maioria das vezes por desconhecimento sobre o que são cuidados em fim de vida ou qual a sua forma de atuação, muitas famílias e seus doentes não recebem a devida assistência de forma holística. É necessário esclarecer não somente as famílias, mas também os profissionais de saúde envolvidos no acompanhamento destes doentes.

3.2. Políticas de Saúde – Os doentes oncológicos em fim de vida internados nos Serviços de Medicina

Os Serviços de Medicina são unidades de cuidados em que o trabalho profissional envolve qualificações complexas e conhecimentos amplos e sofisticados, sendo contudo desprovidos de “*tecnologia de ponta*” COSTA



(2002) estando vocacionados para um conjunto de pessoas com doenças “não especializadas”. A OMS considera que os cuidados paliativos devem ser uma prioridade nas políticas de saúde, definindo-os como,

“cuidados prestados a doentes em situação de intenso sofrimento, decorrente de doença incurável, em fase avançada e rapidamente progressiva, com o principal objetivo de promover, tanto quanto possível e até ao fim, o seu bem-estar e qualidade de vida” PNCP (2004, p.7).

Os cuidados paliativos são cuidados ativos, coordenados e globais, que incluem o apoio à família, prestados por equipas e unidades específicas, em internamento ou no domicílio, segundo níveis de diferenciação. Distinguem-se das ações paliativas, que são entendidas como “qualquer medida terapêutica sem intuito curativo, que visa minorar, em internamento ou no domicílio, as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar global do doente” PNCP (2004, p.7).

Também o Conselho da Europa recomenda a maior atenção às condições de vida dos doentes que vão morrer, nomeadamente à prevenção da solidão e sofrimento, oferecendo ao doente a possibilidade de receber cuidados num ambiente apropriado, que promova a proteção da dignidade do doente incurável ou na fase final da vida, com base em três princípios fundamentais:

- Consagrar e defender o direito dos doentes incuráveis e na fase final da vida, a uma gama completa de cuidados paliativos;
- Proteger a autodeterminação dos doentes incuráveis e na fase final da vida.
- Manter a interdição de intencionalmente se pôr fim à vida dos doentes incuráveis e na fase final da vida.

Por outro lado, já o primeiro Plano Oncológico Nacional (PON) de 2001-2005 exigia a prestação de cuidados paliativos e definia como um dos seus objetivos estratégicos, dar continuidade aos cuidados paliativos na fase terminal da doença. Contudo, a este plano, que deu origem ao Programa Nacional de Cuidados Paliativos, já se seguiu o PON 2007-2011 mas, apesar de se verificar a preocupação de desenvolver uma linha condutora da promoção de cuidados, continuam a existir estratégias incompletas de atuação que não permitem um Cuidar contínuo, global e organizado como estes doentes tanto merecem.



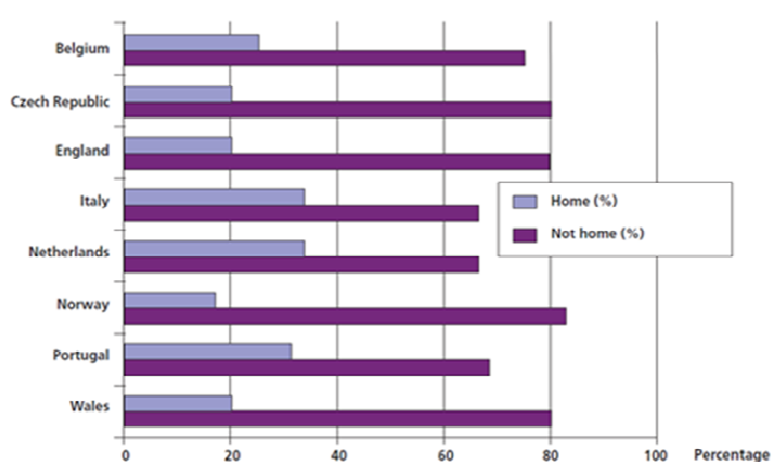
Segundo a OMS, pode estimar-se que cerca de 80 % dos doentes com cancro, podem necessitar de cuidados paliativos diferenciados. Tendo em conta os números de mortalidade em Portugal, cerca de 18.000 doentes com cancro podem necessitar, em cada ano, de cuidados paliativos.

“O primeiro Index Global sobre Qualidade na Morte recentemente realizado pela *Economist Intelligence Unit* (EIU) coloca Portugal entre os países com piores indicadores no que se refere a cuidados paliativos disponíveis. (...) Os pontos mais frágeis que justificam a fraca avaliação do nosso país são, nomeadamente, a ausência de divulgação e conhecimento público sobre cuidados paliativos, a escassez de profissionais e de camas hospitalares nesta área e a falta de serviços de cuidados paliativos disponíveis.” Lei de Bases – CDS-PP (2011, p.39)

No departamento de Medicina, no qual está incluído o Serviço de Medicina alvo deste Projeto a taxa de mortalidade no ano de 2010, primeiro ano completo de funcionamento do Serviço, foi de 9.8%, dos quais 31,6% eram doentes do foro oncológico, o que equivale a cerca de um terço dos doentes falecidos.

Na Europa, quase 2/3 dos doentes em palição passam os seus últimos dias no hospital.

Tabela 2 – Local de morte em 8 países da União Europeia



Fonte: Belgium, Italy and Netherlands: Cohen et al. (3); Czech Republic: Deaths by place of death, sex and age, 2008 (4); England and Wales: Mortality statistics: deaths registered in 2008. Review of the National Statistician on deaths in England and Wales, 2008 (5); Norway: Deaths of underlying cause of death, by place of death. Per cent. 2008 (6); Portugal: Health statistics 2005 (7). The sources of data and classification vary slightly from country to country, limiting direct comparison.



Hoje em dia, os doentes com cancro representam o grupo mais numeroso a requerer cuidados paliativos, sendo a capacidade de resposta às necessidades específicas destes doentes internacionalmente considerada como um dos elementos de avaliação da eficácia de um Programa Nacional. Sendo assim, os hospitais com valência de Oncologia Médica devem ser considerados prioritários na criação de novos serviços de cuidados paliativos.

A falta de unidades de internamento de cuidados paliativos leva muitas vezes a que estes doentes permaneçam, a exemplo de tantos outros, em macas, nos corredores dos diferentes Serviços de Medicina dos hospitais. Que dignidade se pode encontrar na fase final da vida quando falha o conforto, a privacidade e o adequado acompanhamento das pessoas mais significativas para o doente? Penso que já é altura de nós enfermeiros pensarmos nisto pois, como refere APÓSTOLO (2009, p.33),

“desde a segunda metade do século XX, diversas teóricas de enfermagem tais como Orlando, Roy, Peplau, Leininger, Zderad, Paterson, Watson, Morse e Kolcaba, enfatizaram o conforto nas suas teorias e apresentaram-no como um dos principais objetivos da prática de enfermagem”:

O enfermeiro, integrando a equipa multidisciplinar, em todos os cenários de prestação de cuidados paliativos quer a nível hospitalar, quer ao nível comunitário e em contexto domiciliário, onde está disponível por vezes 24 horas por dia, deve considerar a Pessoa como um ser único que necessita de cuidados integrais e humanizados. O seu papel consiste na identificação das necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais, possibilitando o cuidado global ao doente em fase terminal.

O enfermeiro deve dar especial atenção ao controle sintomático, à relação de ajuda e à comunicação, tendo a unidade doente/família como alvo de cuidados. Muitas vezes estes profissionais referem dificuldades nesta área, havendo a necessidade de desenvolver competências a este nível.

O cuidado às pessoas em fim de vida requer dedicação e muito esforço por parte dos profissionais.

“O doente tem direito a receber cuidados paliativos adequados à complexidade da situação, na medida dos recursos disponíveis, e às necessidades da



pessoa, incluindo a prevenção e o alívio da dor e de outros sintomas.” Lei de Bases – CDS-PP (2011, p.44)

Não pode estar mais errada a suposição de que não há mais nada a fazer pelo doente sem possibilidade de cura. Enquanto há vida existe a necessidade de cuidar, nomeadamente do cuidado em enfermagem, único e dirigido às necessidades específicas da Pessoa.

A atuação da equipa de saúde é indispensável para proporcionar o máximo conforto ao doente que necessita de cuidados paliativos no tempo que lhe resta de vida.

Devemos ajudar a pessoa a ter qualidade quando lhe falta quantidade.

3.3. Modelo de Enfermagem de Catherine Kolcaba – A Teoria do Conforto

O enfermeiro tem vindo progressivamente a construir saberes próprios, transitando de uma fase em que a prática dos cuidados se baseava em aspetos meramente técnicos, para uma outra centrada na Pessoa, conceitos, modelos e teorias.

A equipa que presta cuidados a estes doentes deve discutir os objetivos terapêuticos, o alívio do sofrimento e monitorizar os sintomas que mais impacto têm no doente. Assim, o conforto é imprescindível em situação de doença terminal.

No desenvolvimento da sua teoria KATHARINE KOLCABA (2005) acrescenta que o conforto “é muito mais do que a ausência de dor ou outros desconfortos físicos”. Este conceito de conforto, é por isso um conceito muito mais holístico e multidimensional.

A necessidade de compreender a experiência de sofrimento e desconforto no sentido de sustentar estratégias de alívio eficazes que conduzam a um estado de maior conforto, leva à necessidade de definir uma estrutura conceptual e operacional do conforto.

Assim, KOLCABA (1991, p.27) considera-o como,

“um estado em que estão satisfeitas as necessidades básicas relativamente ao alívio, tranquilidade e transcendência. O alívio é o estado em que uma necessidade foi satisfeita sendo necessário para que a pessoa restabeleça o



seu funcionamento habitual; o segundo estado, tranquilidade, é um estado de calma ou de satisfação e é necessário para um desempenho eficiente; o terceiro estado, transcendência, é o estado no qual cada pessoa sente que tem competências ou potencial para planejar, controlar o seu destino e resolver os seus problemas.”

Segundo a autora, estes três estados de conforto desenvolvem-se em quatro contextos: físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental. O contexto físico diz respeito às sensações corporais e inclui aspetos como o descanso, relaxamento, níveis de eliminação, hidratação, oxigenação, dor e posicionamentos; o contexto sociocultural remete para as relações interpessoais, familiares e sociais; o contexto psicoespiritual fala da consciência de si, incluindo a autoestima e o auto-conceito, sexualidade e sentido de vida, podendo também envolver uma relação com uma ordem ou ser superior; o contexto ambiental envolve aspetos como a luz, barulho, equipamento, cor, temperatura, e elementos naturais ou artificiais do meio.

Com a introdução destes três estados de conforto, fica também completa a estrutura taxonómica da teoria do Conforto de Katherine Kolcaba, que é constituída por 12 células (3 estados de conforto que se cruzam com os 4 contextos da experiência), mas todas estas células são interdependentes, ou seja, uma mudança numa delas provoca uma mudança nas outras. KOLCABA (1992).

A doença é uma enorme fonte de sofrimento que faz com que a pessoa se confronte com os seus limites, com a perda, repense valores e metas e procure formas de aliviar tal sofrimento.

KOLCABA (1995, p.79) defende que,

“ a intervenção de enfermagem é a ação de confortar e que o conforto é o resultado dessa intervenção”. Apesar da autora ter centrado a sua teoria na alteração do estado do conforto sentido pelo doente após a intervenção de enfermagem, reconhece que a arte de enfermagem é “no sentido estético, a aplicação feita pelos enfermeiros, com criatividade, dos princípios científicos e humanísticos dos cuidados, dentro dos contextos específicos do cuidar.”

De acordo com esta teórica, todos os aspetos do conforto estão inter-relacionados e são colocados numa grade bidimensional que representa o



conforto holístico. A primeira dimensão é a intensidade das necessidades satisfeitas e não satisfeitas para o alívio, calma e transcendência. A segunda dimensão é designada como graus da necessidade de conforto internas e externas, de natureza física, psicoespiritual, ambiental e social.

Na medida em que o doente em situação de fim de vida pode apresentar necessidades de conforto não atendidas, pressupõe-se a necessidade de intervenção especializada, com o objetivo de maximizar o conforto. Isto demonstra a estreita relação entre o conforto e o cuidado, bem como a preocupação em estabelecer medidas de conforto como sinónimo de intervenção de Enfermagem. De acordo com KUBLER ROSS (1998, p.97),

“os sintomas negativos passam a ser bem geridos pelo doente e pela família, quando estes se encontram na fase de aceitação do processo de doença, e é nesta altura que estão criadas as condições para que ocorra realmente esta morte pacífica.”

A seleção do presente modelo teórico para a consecução deste Projeto justifica-se, por considerar que o controlo sintomático da pessoa em fim de vida tem implicação direta no seu conforto e na qualidade de vida. Por exemplo, mesmo que uma crise de dispneia estivesse apenas relacionada com o contexto físico, e que o simples ato de colocar oxigénio provocasse apenas alívio do desconforto provocado pela sensação de “falta de ar”, ainda assim, a experiência do conforto vivida numa determinada célula desta estrutura taxonómica, irá ter influência sobre a experiência do conforto em todas as restantes células.

Para DOWD (2004, p.43), “esta teoria é forte, lógica e claramente organizada, facilmente aplicável a muitos cenários para o ensino, a prática e a investigação”. O fato de os conceitos terem um baixo nível de abstração, faz com que efetivamente esta teoria possa ser adaptada a qualquer cuidado de saúde, em qualquer grupo etário, prestado em casa, no hospital, ou na comunidade. KOLCABA (2003)

A promoção do conforto dos doentes em fim de vida é o principal objetivo dos Cuidados de Enfermagem, mas esta maximização do conforto deverá ser feita



de acordo com os desejos e aspirações dos próprios doentes. HOCKENBERGER (1992) citado por KOLCABA (1994).

Uma vez que, como refere OLIVEIRA (2005, p.96) “os enfermeiros, pelo mandato social que detêm, parecem ser um dos grupos profissionais de quem se esperam esforços diligentes para confortar”, cabe a estes profissionais, tornar o conforto como o resultado dos Cuidados de Enfermagem tecnicamente competentes e da capacidade de aceder aos recursos apropriados e influenciar o processo de tomada de decisão sobre os indivíduos doentes.

3.4 Trabalho em Equipa

De dia para dia, ao longo da vida, o homem encontra obstáculos difíceis de superar; estando na maior parte das vezes tal processo dependente da mobilização de ideias, de capacidades, de conhecimentos, de esforços.

Os princípios da OMS, indicam que os cuidados a doentes em fim de vida são um exemplo paradigmático de uma atividade complexa que necessita de uma abordagem interdisciplinar, isto é, um conjunto de profissionais distintos que partilha um dado projeto assistencial, com objetivos e metodologias comuns, integrando, em parceria, o doente/família e outros cuidadores informais, no sentido de promover o bem-estar global do doente e família e o conforto, sabendo que este “é muito mais do que a ausência de dor ou outros desconfortos físicos” KOLCABA (2009, p.29).

Tal requer uma dinâmica que permita a reorganização e integração de saberes de cada profissional, em cada momento, segundo as necessidades e situações.

Os cuidados paliativos advogam a necessidade de proporcionar cuidados efetivos e alívio multidimensional do sofrimento experimentado por pessoas doentes e seus familiares, para tal, é essencial o contributo e saberes de uma equipa multidisciplinar.

De acordo com LARRY (2008, p.90),

“o trabalho de equipa só pode ser organizado a partir de conceções orgânicas e formativas que presidiram à qualificação profissional de cada um. Em cada equipa, cada membro deve desempenhar a sua tarefa profissional, integrando-se numa função e num papel”.



A formação em contexto de trabalho constitui um caminho imprescindível numa equipa, para consolidação de saberes e desenvolvimento de competências, em momentos formais e informais de formação, recorrendo-se à análise das práticas nomeadamente através das reuniões de serviço e estudos de caso.

A efetivação de reuniões interdisciplinares semanais, permite confluir para o estabelecimento de um projeto único sendo tomadas decisões em equipa, relativas à avaliação multidimensional de necessidades, elaboração de plano terapêutico e validação de resultados.

O enfermeiro, como elemento da equipa multidisciplinar, orienta os cuidados numa perspetiva humanista. Como refere CERQUEIRA (2005, p.53), “a equipa de enfermagem (...) não deve separar o órgão do corpo, o corpo do espírito e o espírito do coração, (...) ou seja, todas as necessidades do doente e da família exigem atenção.”

A propósito, qualquer equipa deverá funcionar com base numa liderança aceite, com objetivos definidos e previamente traçados. O líder tem como finalidade ser, não só, um elemento catalisador das dificuldades que possam advir mas, de igual modo, um promotor e facilitador da canalização das emoções e esforços individuais e coletivos para a consecução dos objetivos previamente traçados.

Ao desenvolver-se uma relação sinérgica entre a dinâmica individual e a coletiva, constrói-se uma cultura de compromisso que conduz ao talento, aos bons resultados e ao sucesso.

BERNARDO et al (2002, p.86) refere como vantagens,

“o apoio mútuo ultrapassando as resistências individuais; reconhecimento profissional; garantia na unidade, continuidade e diferenciação de cuidados; partilha de experiências na tomada de decisões e possibilidade de participar na formação e no aperfeiçoamento de competências.”

O líder tem de conhecer os seus colaboradores, as suas características, apetências, dificuldades e interesses, de modo, a estabelecer um plano de ação que traduza compromisso mútuo e corresponsabilização. De acordo com diferentes autores, uma liderança eficaz reúne, entre outras, características específicas, a saber, integridade pessoal, credibilidade, auto-consciência, auto-



disciplina, motivação e empatia, que conduzirão, se corretamente utilizadas, ao sucesso de uma equipa.

Não é suficiente conhecer os princípios dos cuidados paliativos; é essencial integrá-los e aplicá-los ao processo de tomada de decisão dirigindo-os às necessidades dos diferentes doentes e suas famílias. É da necessidade da prestação de cuidados paliativos que emerge a necessidade da preparação para o verdadeiro trabalho em equipa.

Os resultados surgem quando se atingem os objetivos. Como tal, identificar quais as áreas de formação onde investir, saber planear as atividades e desenvolver os meios, definem o ciclo de sucesso de uma equipa.

"Como ninguém, os Enfermeiros Cuidam dos indivíduos na sua totalidade, estão autorizados a tocar-lhes, a partilhar as suas experiências de saúde, de doença e a manter com eles um contacto, cuja intensidade e duração dificilmente são experienciados por outros técnicos. Isto intensifica a possibilidade de conhecimento, acompanhamento, partilha de valores e necessidades de ajuda" RIBEIRO (1995, p.65).

A auto-motivação é o motor da motivação coletiva.

Sabendo que a mudança é um desafio constante nos dias de hoje, a competência de desenvolver a auto-motivação capacita o indivíduo e potencia a comunidade onde está inserido a, também ela, ampliar o seu talento. Um plano de ação desenvolvido por elementos capazes e motivados, onde constem objetivos concretos e atingíveis potencia a obtenção de resultados que trarão sucesso e crescimento.

À luz da teoria de Katherine Kolcaba (2003), o conforto "é a experiência imediata e holística de ser fortalecido através da satisfação das necessidades dos três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) " assim, acredito que este conceito também se aplica ao bem-estar sentido por cada enfermeiro ao pôr em prática conhecimentos que promovam os cuidados de excelência a estes doentes.

O motor da motivação, desde que alimentado individual e coletivamente, preenche a sociedade dos valores necessários ao seu crescimento.



4.METODOLOGIA – DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES E RESULTADOS ATINGIDOS

Este trabalho baseou-se numa metodologia de Projeto ao constituir uma integração da teoria com a prática com o intuito de introduzir mudanças num contexto real. A seleção desta metodologia prende-se com o fato de ser uma metodologia ligada à investigação-ação, centrada na resolução de problemas. Assim, numa fase inicial foi elaborado o diagnóstico da situação sustentado no levantamento de necessidades, na observação das práticas e na reflexão sobre as mesmas acerca dos Cuidados de Enfermagem prestados ao doente em fim de vida com necessidade de controlo sintomático. Foi também realizado um levantamento sobre o estado da arte da problemática em questão, tendo sido apresentado nos dois primeiros capítulos deste relatório. Tendo por base este conhecimento foram formulados os objetivos, posteriormente selecionadas as estratégias e programadas as atividades.

Atendendo que a metodologia de Projeto é concebida como um processo contínuo, sistemático, interativo e coordenado, à medida que as intervenções foram sendo desenvolvidas ao longo do estágio, efetuei em simultâneo a sua monitorização através da análise dos registos de enfermagem e da realização de reuniões semanais com a Equipa de Enfermagem. A avaliação deste trabalho foi definida de acordo com os respetivos objetivos e indicadores de avaliação com identificação dos intervenientes, métodos e momentos de avaliação, que se encontram descritos ao longo deste capítulo. Este relatório enquadra-se na última etapa da metodologia de Projeto que pressupõe a divulgação dos resultados atingidos.

Uma vez que o Projeto reúne metodologias ligadas à participação e à pesquisa/ação, as atividades desenvolvidas no âmbito deste Projeto foram suportadas num percurso de investigação – ação. Este tem como finalidade introduzir uma mudança a partir dos contextos da interação, dinâmicos e auto-organizativos SILVA e PINTO (1999), com o objetivo último de desenvolver novos modos de ação relativamente à prestação de cuidados ao doente em fim de vida com necessidade de controlo sintomático.



Penso que se adequa à finalidade deste Projeto, por se caracterizar na procura de soluções para os problemas da prática, num contexto específico, através de uma atitude reflexiva que compreende todos os elementos presentes na gestão das situações da prática SILVA e PINTO (1999), permitindo a participação de todos os implicados.

Este Projeto foi desenvolvido em 3 fases contínuas, delimitadas temporalmente.

A análise documental dos registos de enfermagem, assim como a realização de entrevistas e inquéritos por questionário aos enfermeiros foram os instrumentos seleccionados para o diagnóstico efetuado no início de cada fase do Projeto.

Foram realizadas reuniões semanais com os enfermeiros, que ocorreram ao longo da implementação do Projeto, com o objetivo de fazer uma análise das práticas. Considero que a implementação da análise das práticas sobre casos concretos dotada de reflexão e debate e, envolvendo toda a Equipa de Enfermagem, forma o alicerce necessário para a mobilização e construção de novos saberes, decorrentes da experiência vivida e, conseqüentemente, a melhoria da qualidade dos cuidados prestados tendo o enfoque na pessoa em fim de vida com necessidade de controlo sintomático. Por fim, avaliei os resultados obtidos em cada uma das fases.

A avaliação foi realizada a partir da análise documental dos registos de enfermagem e da realização numa primeira fase de inquéritos por questionário aos enfermeiros do Serviço, que numa segunda fase envolveram também a equipa médica.

De salientar ainda, que os resultados atingidos em cada fase foram sendo partilhados com a equipa no decorrer do estágio e alvo de reflexão.

De seguida serão apresentadas as atividades desenvolvidas para cada objetivo específico, encontrando-se cronologicamente documentadas, e seguidas da descrição dos resultados obtidos.



4.1. Estágio de Observação Participante numa Unidade de Internamento de Cuidados Paliativos (3 de Outubro a 31 de Novembro)

O Projeto tinha como finalidade capacitar a Equipa de Enfermagem no controlo sintomático da Pessoa em fim de vida e como objetivo geral melhorar a prática de Cuidados de Enfermagem referentes ao controlo sintomático da pessoa em fim de vida, visando uma abordagem holística e uma avaliação contínua.

Assim, a fim de desenvolver competências e aprofundar conhecimentos no âmbito do controlo sintomático à pessoa em fim de vida, na primeira metade do tempo de estágio (Anexo II- Cronograma), tive oportunidade de estagiar numa unidade de internamento de referência em cuidados paliativos.

Apesar de nos últimos 13 anos o meu percurso profissional estar relacionado com os cuidados paliativos, faltava-me a experiência de uma unidade de internamento vocacionada única e exclusivamente para esses doentes. (Anexo III – Caracterização da Unidade de Cuidados Paliativos)

A equipa que encontrei nesta Unidade de Internamento de Cuidados Paliativos é um exemplo fulgente da aplicação correta dos princípios que devem nortear a prestação de cuidados paliativos. Nesta Unidade a equipa de saúde não dita regras, mas antes orienta o plano e a intervenção terapêutica centrada no binómio doente/família, ajuda a pessoa a viver o mais ativamente possível, com a melhor qualidade de vida e segundo o seu Projeto pessoal, envolvendo a família como parceiro de cuidados. As condições que oferecem, são enriquecidas pelo calor humano, pela serenidade e disponibilidade que todos os membros da equipa transmitem.

Encontrei profissionais de excelência, que para além de demonstrarem conhecimentos científicos, competência técnica e valores humanistas, transmitem paixão e alegria no trabalho que desenvolvem. Profissionais com disponibilidade para receber todas as pessoas que queiram aprender, e com humildade para se colocarem, eles próprios na posição de aprendentes, independentemente da carga de trabalho ou dos objetivos de cada um.

Descobri uma equipa, onde todos os profissionais têm a mesma importância, complementando-se num verdadeiro trabalho de parceria, centrados em



objetivos comuns, onde se utilizam técnicas de comunicação adaptativas, como ferramenta de trabalho, que se revelam muito eficazes, tanto na interação com doentes, como com familiares e entre os membros da equipa multidisciplinar. Gerem e controlam sintomatologia de forma a proporcionar conforto e bem-estar ao doente. Realizam reuniões para decisões terapêuticas e também para se ampararem e motivarem e cuidarem mutuamente, deixando transparecer, laços de amizade e de companheirismo, para além dos meramente profissionais.

Durante o meu período de estágio tive oportunidade de realizar um estudo de situação referente a uma doente internada nesta unidade. A elaboração deste trabalho, partilhada com a equipa de cuidados que acompanhava a doente permitiu-me não só identificar mais detalhadamente as necessidades e a abrangência de competências que envolve a prestação de cuidados de excelência a estes doentes, como também, poder perceber o impacto que essas mesmas intervenções têm na qualidade de vida da pessoa em fim de vida com necessidade de controlo sintomático e sua família. (Anexo IV- Estudo de situação realizado na Unidade de Internamento de Cuidados Paliativos)

Apesar de Kolcaba ter centrado a sua teoria na alteração do estado de conforto sentido pelo doente após a intervenção de enfermagem reconhece que a arte de Enfermagem é, no sentido estético, a aplicação feita pelos enfermeiros, com criatividade, dos princípios científicos e humanísticos dos cuidados, dentro dos contextos específicos do cuidar.

Esta experiência foi sem dúvida extraordinariamente enriquecedora e motivadora. Para além do crescimento como pessoa, permitiu-me adquirir conhecimentos que consolidaram saberes anteriores e potenciaram a vontade de os transmitir à Equipa de Enfermagem alvo deste Projeto.



4.2. Estágio de Observação Participante no Serviço de Medicina

4.2.1. Primeiro Objetivo Especifico (2 de Dezembro de 2011 a 13 de Janeiro de 2012)

- Analisar as práticas de cuidados referentes ao controlo sintomático da pessoa em fim de vida, realizadas no Serviço

Durante o período previsto para a concretização deste primeiro objetivo específico, analisei os registos de enfermagem e nomeadamente os de colheita de dados em todos os processos clínicos de doentes internados com diagnóstico de doença oncológica em situação de fim de vida e com necessidade de controlo sintomático. O objetivo foi identificar o que estava registado sobre o que a Equipa de Enfermagem conhecia das necessidades de controlo sintomático daquela pessoa e de quais as medidas que tinha desenvolvido para as colmatar. Para tal, construí uma base de dados que permitiu à equipa registar os doentes com critérios para integrar o estudo (Anexo V - Base de dados de registo de doentes). Paralelamente, elaborei uma grelha de registo com parâmetros que me permitissem analisar o conteúdo dos registos efetuados pela Equipa de Enfermagem a estes doentes. (Anexo VI – Base de dados de análise de conteúdo de registos)

No trabalho sobre os registos realizei análise de conteúdo. Segundo FORTIN (1999, p.364) “a análise de conteúdo é uma estratégia que permite a identificação de um grupo de características que conferem um sentido ou uma definição de um determinado conceito”.



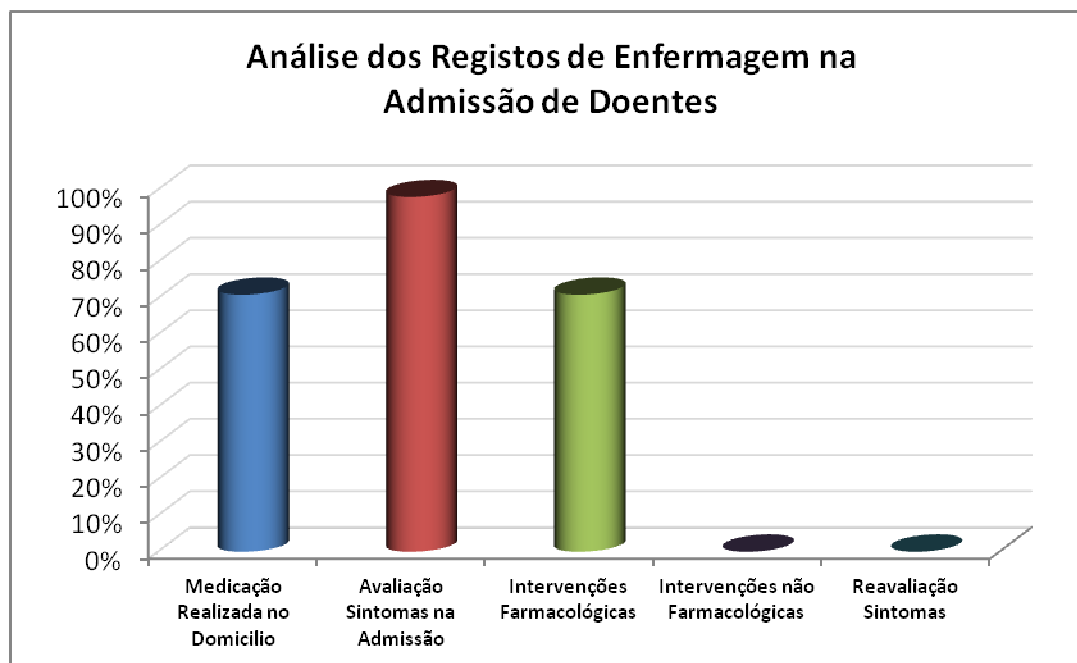
RESULTADOS:

Como se visualiza na tabela abaixo apresentada, verifiquei que no momento de admissão os elementos da Equipa de Enfermagem tinham sempre a preocupação de avaliar os sintomas da pessoa e as medidas farmacológicas realizadas pela equipa para o controlo sintomático, bem como na maioria das vezes registava a medicação que o doente realizava em ambulatório para o controlo sintomático. Contudo, nunca fazia menção às intervenções não farmacológicas realizadas ou à reavaliação dos sintomas que descreviam como não controlados no momento da admissão.



Assim, ao deparar-me com as lacunas de informação supracitadas apercebi-me que de um modo geral a Equipa de Enfermagem detinha mais conhecimentos e realizava mais intervenções do que o que se encontrava registado no processo.

Tabela 3 – Análise de Registos de Enfermagem na Admissão de Doentes: Fase I



4.2.2. Segundo Objetivo Específico (2 de Dezembro de 2011 a 13 de Janeiro de 2012)

- Sensibilizar a Equipa de Enfermagem para a importância da implementação sistemática de intervenções que visem a melhoria da prática de cuidados no controlo sintomático da pessoa em fim de vida

Para alcançar este objetivo foram realizadas diversas atividades. A primeira, e de modo a envolver a Equipa de Enfermagem no Projeto, traduziu-se numa ação de formação que decorreu no dia 4 de Dezembro das 14h às 15h30 na sala de pausa do Serviço. A apresentação intitulou-se *“Capacitação do Enfermeiro no Controlo Sintomático da Pessoa em fim de Vida: apresentação do Projeto de estágio no âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica, Área de Intervenção – Enfermagem Oncológica”*, e estiveram presentes 66% dos elementos que compõem a Equipa de Enfermagem.



Esta sessão teve como objetivos: (1) contextualizar a importância deste Projeto com base no estado da arte e nas políticas de saúde atuais; (2) refletir em conjunto sobre o que a equipa já faz bem, o que pensa que precisa de melhorar e o que ainda não faz relativamente ao controlo sintomático da pessoa em fim de vida; (3) apresentar a finalidade, objetivos e metodologia do Projeto; (4) apresentar um estudo de situação desenvolvido na primeira fase de estágio onde consta uma abordagem sobre os Cuidados de Enfermagem inerentes a uma pessoa em fim de vida internada, com necessidade de controlo sintomático; (5) envolver 2 elementos da equipa como parceiros do Projeto mediante o seu perfil e interesse sobre o tema; (6) aplicar questionários aos elementos da Equipa de Enfermagem sobre a sua experiência no controlo sintomático à pessoa em fim de vida. (Anexo VII – Questionário I)

O preenchimento deste questionário pretendia identificar o que, no entender dos enfermeiros, estes já faziam de bem e quais as áreas a necessitar de melhoria. O objetivo era efetivar um adequado controlo sintomático da pessoa em fim de vida e ainda as vantagens e constrangimentos à implementação sistemática de um plano terapêutico onde conste o controlo sintomático. Neste questionário os enfermeiros tinham também possibilidade de identificar os sintomas, que na sua prática diária sentiam ter mais dificuldade em controlar, no cuidado ao doente em fim de vida, com necessidade de controlo sintomático.

No âmbito deste objetivo e após a análise dos resultados dos questionários aplicados, procedi à sua divulgação. Devido à contingência de tempo e de modo a não sobrecarregar a equipa, apesar de ter planeado a realização de uma segunda reunião para dar a conhecer os dados obtidos e estabelecer compromissos com a equipa, para definir indicadores do que nos proponhamos atingir, optei por fazer essa divulgação ao longo de diversas passagens de turno.

A equipa tem por compromisso saudável, no final das passagens de turno, desenvolver momentos em que promove a partilha de experiências e a troca de conhecimentos tendo por base situações ocorridas com doentes e/ou famílias ou gestão de novos desafios. Optei por estes momentos para apresentar os



resultados obtidos, tendo contado com a preciosa ajuda das duas parceiras de Projeto para este propósito.

A ideia de envolver mais diretamente dois elementos da Equipa de Enfermagem prendeu-se com o fato de sentir necessidade que o Projeto permanecesse vivo no seio da equipa mesmo quando não estava presente.

Pelo fato de já não desempenhar funções na equipa, e apesar de saber que o tema era uma necessidade sentida por todos, senti algum constrangimento de não ter capacidade de passar a mensagem da sua pertinência e do quão era importante o envolvimento de todos.

A escolha em particular destes dois elementos baseou-se no conhecimento das suas características pessoais e na motivação que ambas sempre demonstraram para com o tema e os cuidados a estes doentes.

A realização destes momentos compreendeu também uma breve sessão de formação acerca da utilização de instrumentos de avaliação, nomeadamente da Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton – ESAS. (Anexo VIII – Resultado da Análise dos Questionários e Aplicação da Escala de ESAS)

Todos estes documentos ficaram afixados num placard existente na sala de enfermagem. No computador da mesma sala, logo após a primeira sessão realizada, ficou disponível numa pasta criada no “ambiente de trabalho” toda a informação relacionada com o Projeto, nomeadamente: projeto tese, base de dados para registo de doentes em estudo, impressos da escala de Edmonton e informação de como e quando aplicar esta última.

No âmbito deste objetivo foram ainda realizados semanalmente momentos de reflexão conjunta de análise das práticas, para consolidação de saberes sobre o cuidado ao doente oncológico em fim de vida e necessidade de controlo sintomático, recorrendo a uma situação concreta de um doente internado com tal perfil.



RESULTADOS:

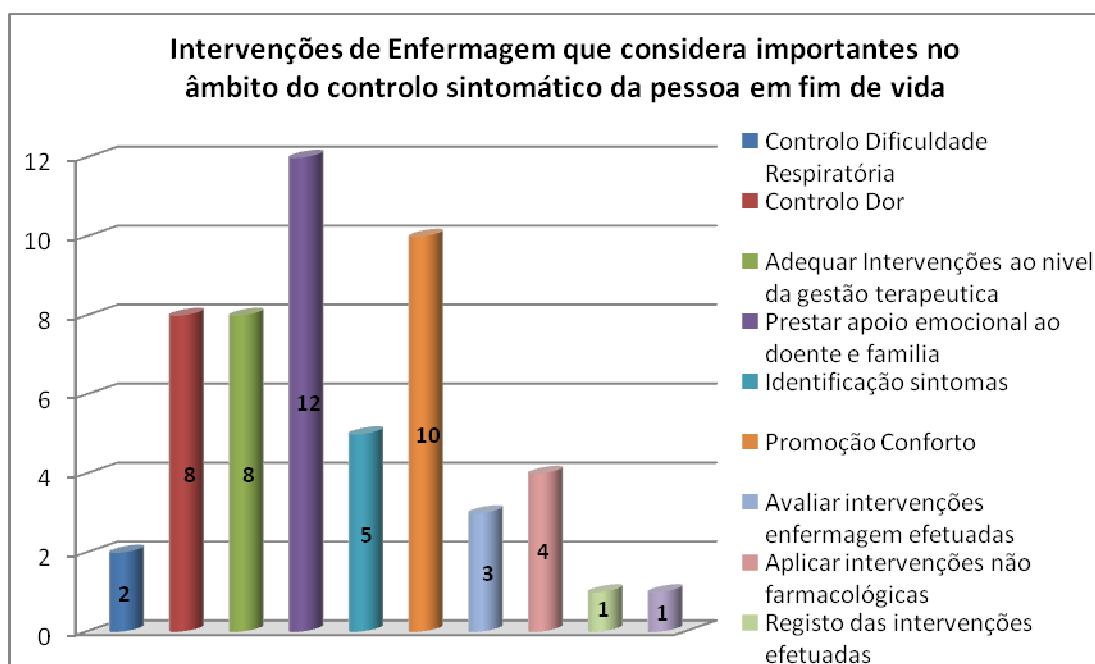
Penso que a equipa, no final da sessão de formação realizada, reconheceu a importância do tema e assumiu o compromisso de começar a implementar as estratégias apresentadas. A reflexão em conjunto sobre o que a equipa já faz



bem, o que pensa que precisa de melhorar e o que ainda não faz relativamente ao controlo sintomático da pessoa em fim de vida permitiu definir estratégias conjuntas.

Nas tabelas em baixo apresentadas identifico os dados mais relevantes retirados acerca das características da equipa e suas necessidades face ao tema do Projeto em questão.

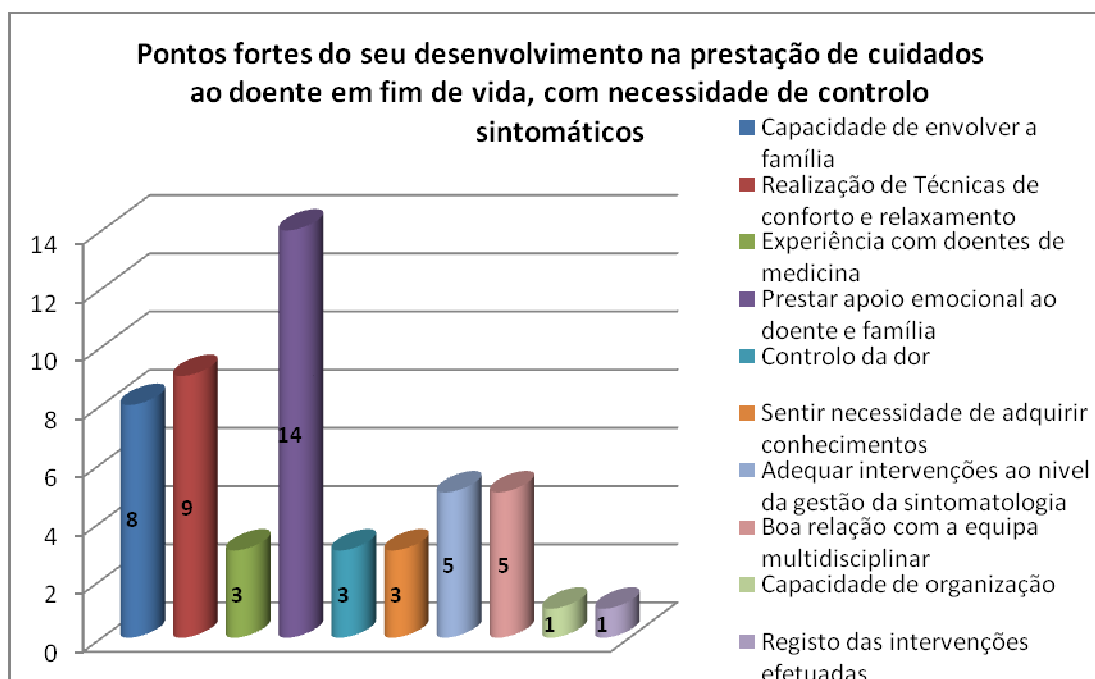
Tabela 4 – Análise das Intervenções de Enfermagem que a equipa considera importantes no âmbito do controlo sintomático da pessoa em fim de vida



Após analisar o conteúdo dos questionários no que concerne a esta questão, concluí que 85% enfermeiros presentes referiram que a identificação de sintomas era das intervenções de Enfermagem mais importantes a realizar a estes doentes, 71% destacava a avaliação das intervenções de Enfermagem realizadas e 57% referia como intervenções relevantes, adequar intervenções ao nível da gestão da terapêutica e o apoio emocional prestado ao doente e família.



Tabela 5 – Pontos fortes do desempenho do enfermeiro no controlo sintomático da pessoa em fim de vida

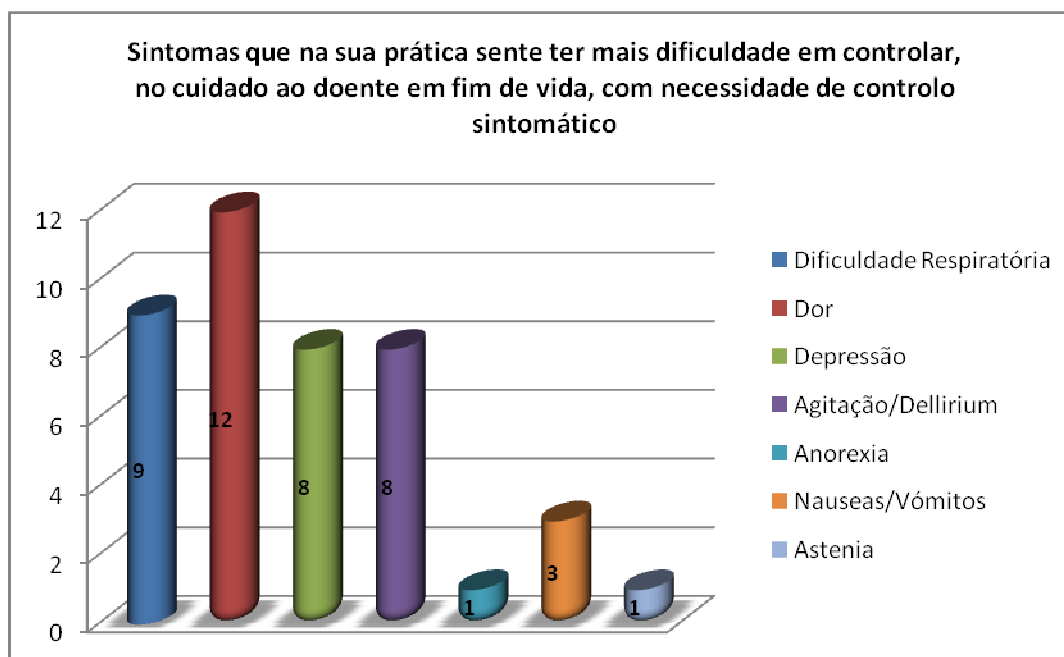


A análise desta questão veio consubstanciar a importância que a Equipa de Enfermagem atribui a este Projeto e à aquisição de ferramentas de conhecimento sobre o controlo sintomático do doente em fim de vida pois, 100% dos elementos presentes, destaca como ponto forte da sua atuação, a atenção sobre a necessidade do controlo da dor.

Outros focos de atenção também bastante referidos foram, o fato de 64% dos elementos da equipa possuírem experiência profissional anterior no âmbito do cuidar doentes em Serviços de Medicina, o que lhes confere maior conhecimento na análise das necessidades destes doentes e de, 57% nomear a preocupação de realizar técnicas de conforto e relaxamento que promovam o bem-estar destes doentes.



Tabela 6 – Sintomas que o enfermeiro sente ter mais dificuldade em controlar, no cuidado ao doente em fim de vida com necessidade de controlo sintomático



Na identificação dos sintomas em que os enfermeiros sentiam mais dificuldades em controlar, 71% referiu a Dor, 64% nomeou a Dificuldade Respiratória (Dispneia) e 57% mencionou a Depressão e Delirium/Agitação. Assim, foram estes os sintomas em que me propus desenvolver ferramentas de trabalho e suportes teóricos.

No respeitante às sessões realizadas após o final das passagens de turno, para divulgação destes resultados, do suporte teórico necessário à aplicação da Escala de Edmonton e para análise de situações de doentes internados com o perfil do Projeto, penso ter conseguido captar a atenção e o interesse da equipa.

Comecei por preencher a escala e completar o instrumento de colheita de dados em conjunto com os enfermeiros de forma a proceder à explicação sobre os mesmos mas verifiquei que, pouco tempo depois, passaram a ser os mesmos a vir ter comigo com dúvidas que surgiam no decorrer da implementação das estratégias delineadas em equipa ou simplesmente porque queriam validar se estavam a preencher corretamente o instrumento de avaliação. De uma maneira mais informal, foram ocorrendo momentos de partilha de experiências ao longo dos turnos. Preocupei-me em demonstrar



sempre disponibilidade para esclarecer as dúvidas dos colegas e para ajudar no que precisassem. Outra atividade que desenvolvi consistiu na consulta de todos os processos dos doentes em análise, de forma a identificar todas as situações, intervindo sempre que necessário para colmatar falhas ou, pelo contrário, para dar reforços positivos à equipa quando as intervenções estavam devidamente explícitas.

Penso que o fato de ter apresentado um estudo de situação na primeira fase de estágio, com uma abordagem sobre os Cuidados de Enfermagem inerentes a uma pessoa em fim de vida internada, com necessidade de controlo sintomático e também o envolvimento de dois elementos da equipa como parceiros, ajudaram a criar uma estrutura que deu a visão e suporte necessário ao crescimento do Projeto.

4.2.3. Terceiro Objetivo Especifico (16 de Janeiro a 3 de Fevereiro de 2012)

- Promover junto da Equipa de Enfermagem, ações que visem a capacitação dos seus elementos no controlo sintomático da pessoa em fim de vida

O crescimento de um Projeto assemelha-se a um percurso de vida, as fases porque passamos não são estanques nem bem definidas. Quando transitamos para uma nova etapa, com novos objetivos, transportamos os saberes adquiridos mas também caminhos para continuar a percorrer.

Muitas das atividades que comecei a desenvolver no início da implementação do Projeto transitaram para este objetivo.

À semelhança do que tinha vindo a desenvolver-se, continuei a realizar semanalmente momentos de reflexão para análise das práticas, para consolidação de saberes sobre o cuidado ao doente oncológico em fim de vida com necessidade de controlo sintomático, recorrendo a uma situação concreta de um doente internado no Serviço.

Na sequência da análise dos questionários aplicados, surgiu a identificação de 4 sintomas frequentemente presentes na pessoa com doença oncológica em fim de vida, que os enfermeiros referiam ter mais dificuldade em controlar.

Assim, e para ajudar a colmatar esta falha, decidi construir dois instrumentos de registo relacionados com o controlo sintomático da pessoa em fim de vida.



Um dossier com informação detalhada sobre cada sintoma, abrangendo áreas como definição do sintoma, prevalência, etiologia, diagnóstico, tratamento e instrumentos de avaliação. Este suporte escrito, que ficou colocado na sala de enfermagem e disponível a todos os elementos da equipa, integrava uma introdução que referia o objetivo do suporte teórico, uma zona intitulada “Dúvidas Frequentes”, para os colegas partilharem as suas questões e em conjunto procurarmos a resposta mais adequada. Incluía também a bibliografia que consultei para a realização do documento e que considero útil para a prestação de cuidados de qualidade a estes doentes. Dos anexos fazem parte, para além da Escala de Edmonton e de uma breve descrição acerca da sua aplicação, alguns dos instrumentos reconhecidos pelas orientações internacionais para a avaliação e monitorização destes sintomas. (Anexo X – Dossier de Sintomas)

Como conheço bem a sobrecarga de trabalho própria de um Serviço de Medicina e a complexidade inerente a estes doentes, optei por elaborar um quadro com uma sumarização da informação contida no suporte teórico supra-referido de modo, a facilitar a rápida consulta e consequente intervenção. (Anexo XI – Quadro de Sintomas)

De referir ainda que em todos os processos dos doentes internados em situação de fim de vida com necessidade de controlo sintomático, foi anexa a escala de ESAS. Esta também se encontrava disponível no computador e numa mica afixada num placard da sala de trabalho.

Outra estratégia utilizada foi o fato de sinalizarmos no quadro da sala de trabalho com o escrito de “ESAS” os doentes admitidos no Projeto e a quem era aplicado a escala de ESAS.



RESULTADOS:

Penso que ao longo deste período de estágio foi havendo uma sensibilização da equipa para este Projeto. Através da discussão de doentes em situação de fim de vida nos momentos formais e informais ao longo dos turnos, senti um crescimento da equipa face a abordagem a estes doentes e aos cuidados prestados.



Segundo a equipa, o fácil acesso à escala de ESAS, o seu rápido preenchimento e a visualização acessível dos doentes em estudo, também facilitou a adesão ao Projeto.

Infelizmente, por contingências de tempo, só tive oportunidade de apresentar o suporte teórico e o quadro sobre os sintomas que a equipa identificou como tendo mais dificuldade em controlar, no final de estágio. Contudo, a receptividade demonstrada pela equipa foi enorme, bem como o sentimento de utilidade.

4.2.4. Quarto Objetivo Especifico (16 de Janeiro a 3 de Fevereiro de 2012)

- Sensibilizar a equipa para a importância de uma abordagem interdisciplinar no controlo sintomático da pessoa em fim de vida

Em conformidade com o caminho desenvolvido até à data, continuei com a prática semanal de momentos formais de análise das práticas, de modo a consubstanciar os saberes adquiridos e a trabalhar novas dúvidas que surgissem sobre o cuidado ao doente oncológico em fim de vida com necessidade de controlo sintomático. Para além dos momentos de passagem de turno, comecei a estender a discussão das práticas de cuidados ao doente em fim de vida, à visita clínica que ocorre semanalmente às 4^{as}feiras.

Recorrendo à análise da situação de um doente internado, debate-se em conjunto com a equipa médica, Equipa de Enfermagem, diretora clínica, nutricionista, psicóloga, assistente social e farmacêutico, a linha condutora de práticas com o objetivo de não só controlar sintomas, como também, gerir um plano de cuidados que englobe o doente e família e promova a maior qualidade de vida à pessoa e seus entes queridos.

A equipa deste Serviço tem por hábito saudável instituído, um “almoço de 4^{as}” onde praticamente todos os elementos da equipa multidisciplinar confraternizam e partilham um momento informal. Contudo, como ocorre pouco após a reunião de visita clínica, tive oportunidade de durante esses momentos informais, continuar a conversar com elementos do corpo clínico sobre a abordagem de cuidados aos doentes em fim de vida.



RESULTADOS:

De uma forma geral o Projeto foi reconhecido como benéfico, enquadrado nas necessidades do Serviço e, desta forma, otimizada a articulação entre os diferentes elementos da equipa no sentido de alcançar um mesmo objetivo.

A discussão de casos durante momentos formais e informais, permitiu a divulgação do Projeto junto de toda a equipa interdisciplinar e potenciou a visão conjunta deste, tendo por fim último a necessidade de controlo sintomático da pessoa em fim de vida.

Por exemplo, passou a ser frequente a equipa médica vir colocar-me questões relacionadas com o controlo sintomático da pessoa em fim de vida, bem como os elementos da Equipa de Enfermagem telefonarem-me com dúvidas sobre medidas farmacológicas e não farmacológicas instituídas ou a instituir.

4.2.5. Quinto Objetivo Especifico (6 a 17 de Fevereiro de 2012)

- Identificar os contributos deste Projeto, na prática quotidiana dos enfermeiros do Serviço de Medicina

Para além da continuação da realização de reuniões semanais, com os elementos de enfermagem presentes, para uma observação das práticas sobre uma situação concreta de doente em fim de vida com necessidade de controlo sintomático, incidindo nos aspetos introduzidos na fase anterior acrescidos dos atuais, repeti a análise dos registos de enfermagem de doentes internados com doença oncológica em situação de fim de vida, acrescentando desta vez a análise dos registos realizados na Escala de Edmonton (ESAS).

Para verificar se os registos sobre o controlo sintomático da pessoa em fim de vida foram realizados de forma sistemática, se deram visibilidade às estratégias implementadas e se toda a equipa teve acesso aos mesmos, consulte os processos clínicos das pessoas internadas com o critério do estudo.

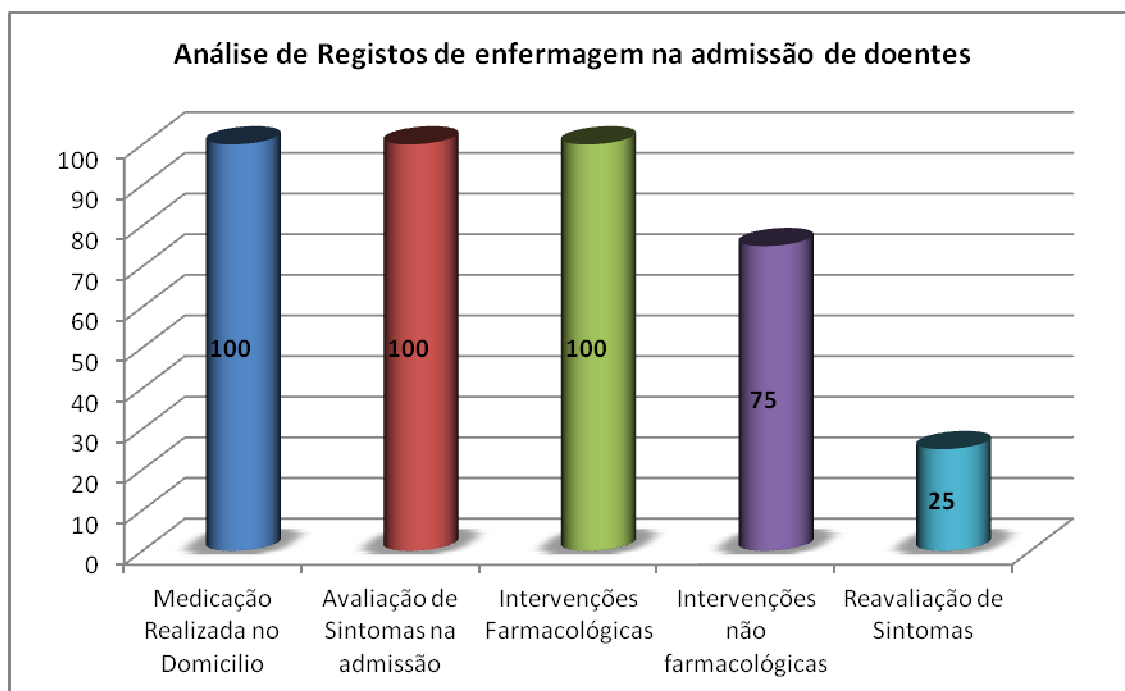


RESULTADOS:

Após a análise de todos os registos efetuados, conclui com agrado que se verificaram algumas mudanças positivas na prática de cuidados à pessoa em fim de vida com necessidade de controlo sintomático.



Tabela 7 – Análise de registos de enfermagem na admissão de doentes: Fase II



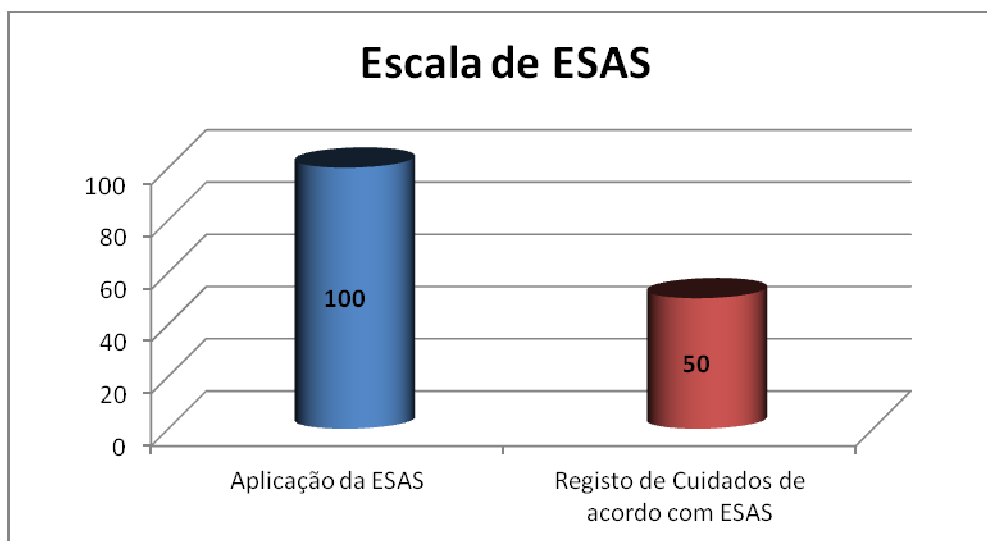
Como se pode comprovar pela tabela supra apresentada, denota-se franca diferença ao analisar os registos realizados pela Equipa de Enfermagem no momento de admissão da pessoa em fim de vida com necessidade de controlo sintomático, face à primeira amostra analisada.

As atividades no âmbito da *Medicação Realizada no Domicílio* e *Avaliação de Sintomas na Admissão* detêm agora 100% de registos efetuados. Já as *Intervenções não Farmacológicas* aparecem agora registadas em 75% dos processos.

Apesar de se verificar também uma melhoria no âmbito da *Reavaliação de Sintomas*, esta atividade ainda tem margem de crescimento pois, apenas surge efetivada em 25% dos processos analisados.



Tabela 8 – Análise de registos na Escala de Edmonton (ESAS)



Ao analisar os resultados da implementação da escala de ESAS ao doente em fim de vida com necessidade de controlo sintomático, pude comprovar que a Equipa de Enfermagem sentiu a sua pertinência e mais-valia pois, o seu preenchimento verifica-se em 100% dos doentes em estudo. Contudo, a sua tradução para os registos de cuidados só teve impacto em 50% das notas de enfermagem.

Como pude comprovar, os elementos da Equipa de Enfermagem implementam a escala de ESAS no momento de admissão do doente em fim de vida com necessidade de controlo sintomático e sempre que se justifica, ou a cada 7 dias de internamento mas, apenas cerca de metade transfere essa identificação de necessidades para a prática de cuidados, ou, se o faz, não o regista nas notas de enfermagem.

Mesmo assim, foi com agrado que concluí que se verificaram alterações nos registos de enfermagem principalmente, relativas às informações que a Equipa de Enfermagem anteriormente apenas transmitia oralmente e que passou a registar.

4.2.6. Sexto Objetivo Especifico (6 a 17 de Fevereiro de 2012)

- Avaliar as perceções da Equipa de Enfermagem face à implementação do Projeto

Para atingir este objetivo, para além do que retive de todas as perceções e sentimentos que os elementos da equipa me verbalizaram ao longo da minha



permanência no Serviço, realizei uma ação de divulgação tendo a Equipa de Enfermagem como população alvo. O objetivo da sessão foi apresentar os resultados que se obtiveram até ao momento e definir o que seria desejável que permanecesse mesmo depois de o Projeto terminar.

Para tal, criei um questionário (Anexo XII – Questionário II), onde os enfermeiros puderam expressar o seu sentir face ao Projeto.

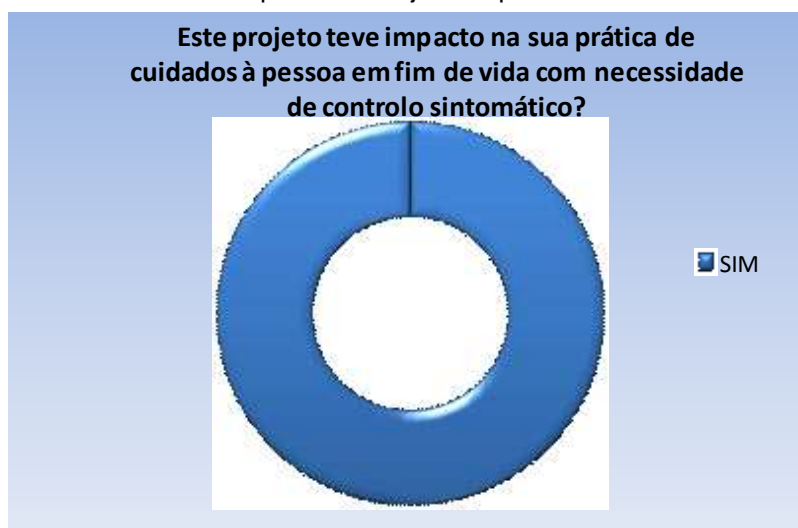


RESULTADOS:

Ao longo da minha permanência no Serviço os sentimentos que toda a equipa me verbalizou foram sempre positivos e reforçaram a pertinência do Projeto. Contudo, a presença na sessão de formação para apresentação final do Projeto de 55% dos elementos da equipa num momento de sobrecarga de trabalho com uma taxa de ocupação superior a 100%, com presença de 6 doentes em maca e a comparência de 7 médicos, incluindo a chefe de Serviço e 1 das duas assistentes do Serviço, foi deveras gratificante e demonstrativo do empenho desta equipa em aprender e crescer em conjunto.

Relativamente aos resultados dos questionários aplicados, passo a expor as conclusões.

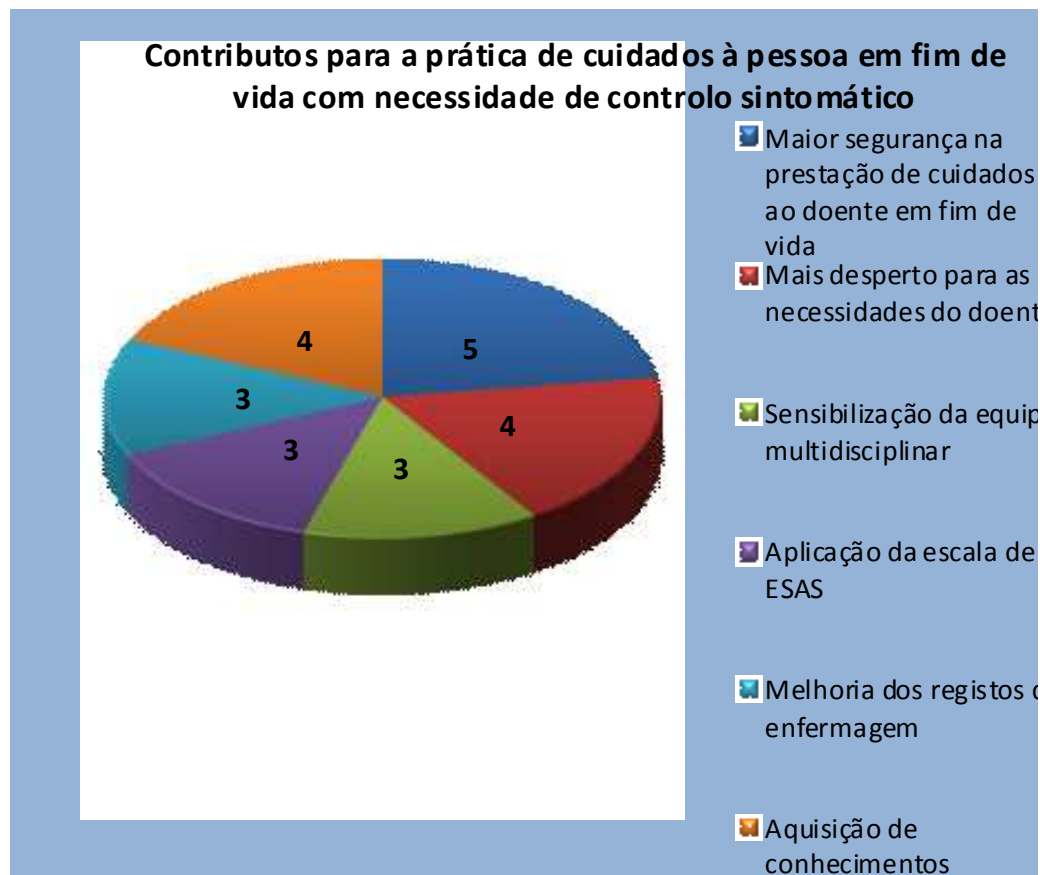
Tabela 9 – Impacto do Projeto na prática de cuidados



Quando questionados sobre se o Projeto teve impacto na prática de cuidados à pessoa em fim de vida com necessidade de controlo sintomático, 100% dos inquiridos respondeu afirmativamente.



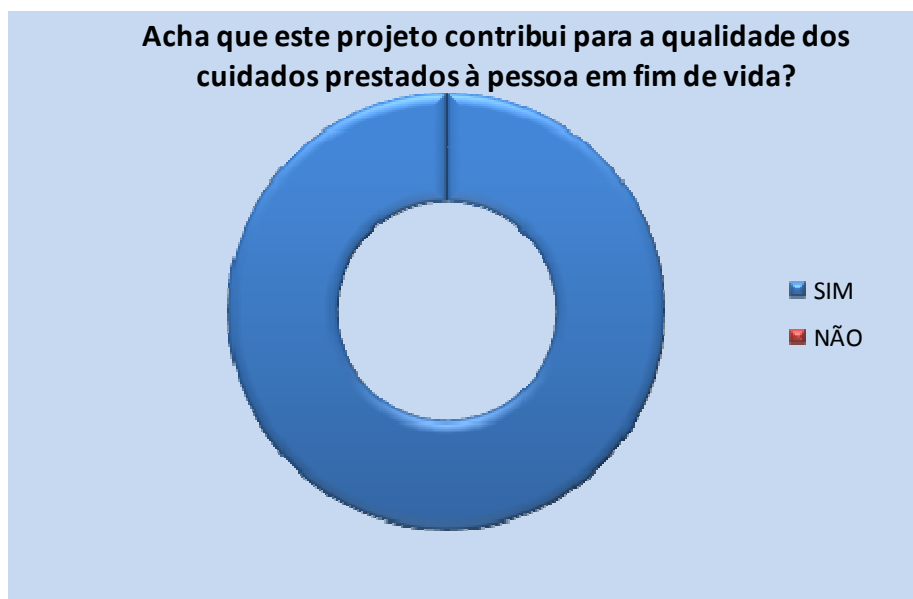
Tabela 10 – Contributos para a prática de cuidados à pessoa em fim de vida com necessidade de controlo sintomático



À questão sobre quais os contributos do Projeto para a prática de cuidados à pessoa em fim de vida com necessidade de controlo sintomático, 39% da equipa multidisciplinar respondeu que sentiu uma *maior segurança na prestação de cuidados a estes doentes*, 31% *identificou o estar mais desperto para as suas necessidades e a sensibilização de toda a equipa multidisciplinar* como mais-valias, já 23% nomeou *a utilização da escala de ESAS e a aquisição de conhecimentos relacionados com medidas farmacológicas* como os contributos recebidos.



Tabela 11 – Contributo do Projeto para a qualidade dos cuidados



Mais uma vez, os elementos da equipa responderam positivamente à questão colocada, com 100% de afirmações.

Tabela 12 – Aspetos Relevantes para a Qualidade dos Cuidados Prestados à Pessoa em Fim de Vida





Quando questionados sobre que aspetos relevantes este Projeto trouxe para a qualidade dos cuidados prestados à pessoa em fim de vida, os elementos da equipa referiram com 54% a *valorização do impacto do sintoma na qualidade de vida do doente*, seguida com 46% o *maior controlo sintomático* e a *uniformização dos conhecimentos da equipa*. Outros aspetos também eleitos foram: *uma intervenção dirigida à causa*, a *transmissão da informação de forma mais rigorosa e precisa* e uma *maior articulação entre a equipa multidisciplinar*.

4.2.7. Sétimo Objetivo Específico (6 a 17 de Fevereiro de 2012)

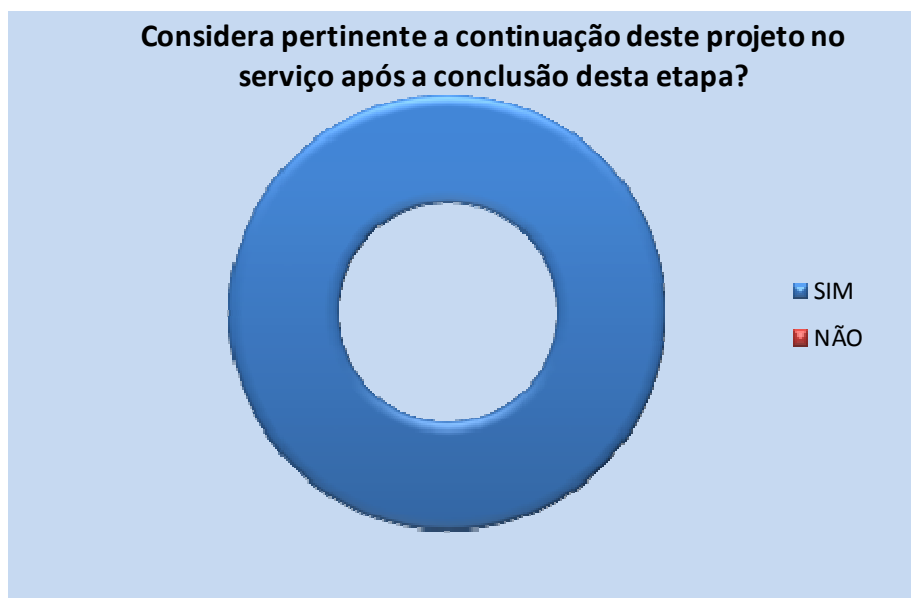
- Aferir estratégias de consolidação do Projeto

Para atingir este objetivo contribuiu o questionário que 7 elementos da equipa médica e 55% dos enfermeiros que prestam cuidados directos preencheram. Procedi à análise de conteúdo das respostas elaboradas no sentido de me permitir obter conclusões sobre as considerações relativamente ao impacto do Projeto nos cuidados que prestam diariamente.



RESULTADOS:

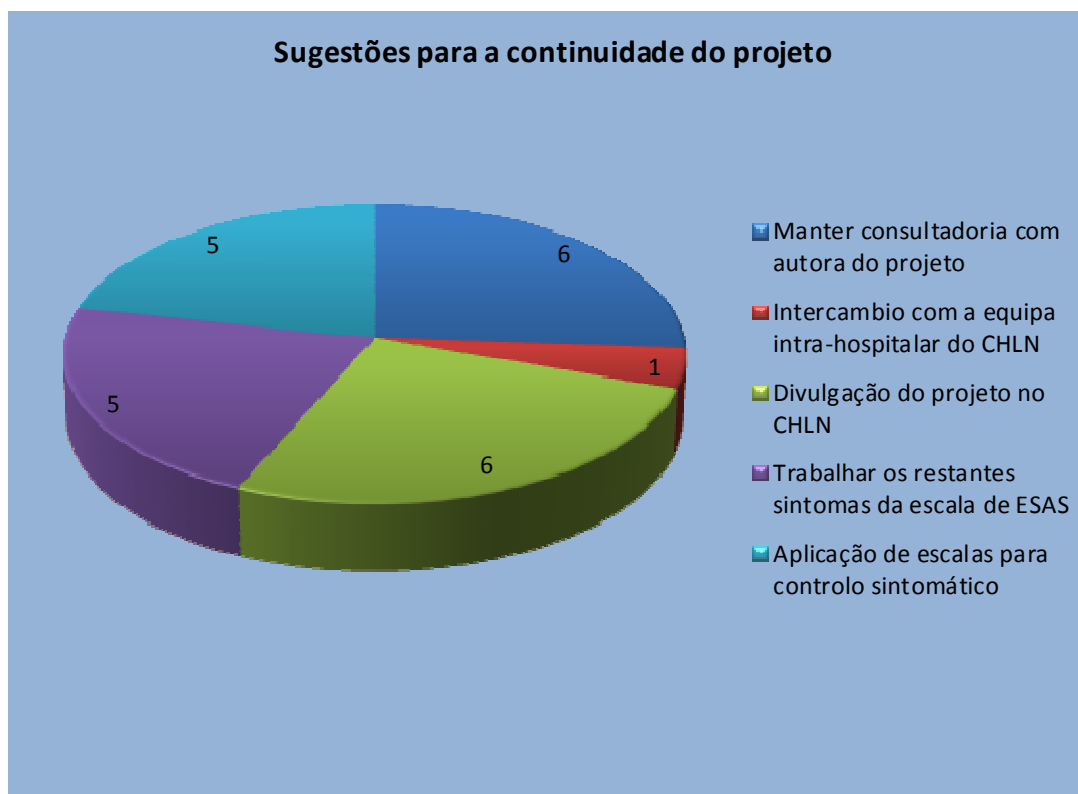
Tabela 13 – Pertinência da continuação do Projeto



Como está visível na tabela acima apresentada, todos elementos da equipa que preencheram o questionário, consideraram pertinente a sua continuação após o fim desta etapa.



Tabela 14 – Sugestões Para a Continuidade do Projeto



Como sugestões para a continuidade do Projeto, manter a consultadoria como autora do Projeto e divulgar o Projeto no Centro Hospitalar foi referida em 46% dos questionários analisados, trabalhar os restantes sintomas da escala de ESAS e aplicar as restantes escalas para o controlo sintomático esteve presente em 38% dos questionários. Outra medida citada embora em menos questionários, foi o intercâmbio com a equipa intra-hospitalar de cuidados paliativos do Centro Hospitalar.



5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Concluída a descrição das atividades desenvolvidas para a consecução de cada objetivo específico e os respetivos resultados, a primeira parte deste capítulo incide sobre a reflexão do meu percurso ao longo do Projeto tendo por base as competências que pretendia desenvolver e previamente definidas. Na segunda parte encontram-se explanados os resultados atingidos à luz do enquadramento conceptual e a contribuição deste Projeto para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

A minha experiência na prestação de cuidados a pessoas em fim de vida ao longo do meu percurso de agora já 14 anos e o contributo do saber teórico e reflexivo fomentado pelo curso de mestrado, foram determinantes para que atingisse o nível de proficiente nesta área pois, segundo BENNER (2001, p.54),

“a compreensão global melhora o (...) processo de decisão que se torna cada vez menos trabalhoso, porque a enfermeira possui, agora, uma perspectiva que lhe permite saber quais dos muitos aspectos e atributos são importantes”.

Na minha prática diária atuo a partir de uma compreensão profunda da situação global da pessoa em fim de vida, com impacto positivo na prestação de cuidados. A realização deste Projeto, ao envolver uma temática de grande interesse pessoal aliada à realidade do Serviço onde fui co-responsável, justificam para mim, a sua pertinência.

Este Projeto surgiu com o objetivo de desenvolver competências específicas no sentido de atingir o grau de perita nesta área. BENNER (2001,p.61) esclarece que:

“quando as peritas podem descrever situações clínicas onde a sua intervenção faz diferença, uma parte dos conhecimentos decorrente da sua prática torna-se visível. E é com esta visibilidade que o realce e reconhecimento da perícia se tornam visíveis.”

Tendo em conta o modelo de Dreyfus de aquisição de competências aplicado à Enfermagem, descrito por Patricia Benner considero que atingi o grau de perita nesta área pois, de acordo com a autora “a perita, que tem uma enorme experiência, compreende agora, de maneira intuitiva cada situação e aprende directamente o problema sem se perder num leque de soluções e diagnósticos estéreis” (2001, p.58). No fim deste estágio posso afirmar que atingi as



competências específicas como enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente de Enfermagem Oncológica que, na ausência da sua definição pela OE, foram delineadas com base nos objetivos das várias unidades curriculares que compõem o curso de mestrado onde se enquadra a realização deste Projeto.

Para além destas competências específicas para a consecução do segundo objetivo geral deste estágio tive de desenvolver outras competências de acordo com os domínios publicados pela OE em Maio de 2010. Ao nível das competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais desenvolvi o auto-conhecimento e a assertividade em que baseei a minha prática clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento, como descrevi anteriormente. No domínio da gestão dos cuidados estão incluídas todas as atividades que realizei ao longo do estágio no sentido de sensibilizar e otimizar a resposta da Equipa de Enfermagem e a articulação com a equipa multidisciplinar, para a promoção do conforto e da qualidade dos cuidados prestados à pessoa em fim de vida com necessidade de controlo sintomático. Procurei assim, ir ao encontro das competências desenhadas pelo Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa elaborado pela Ordem dos Enfermeiros em Outubro do ano passado (2011, p.3) que defende como descritivo,

“Identifica as necessidades de intervenção especializada a pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal. Concebe, implementa e avalia os planos de cuidados, numa abordagem abrangente, compreensiva, numa avaliação holística da saúde do indivíduo e da satisfação das suas necessidades, recursos, objetivos e desejos, com vista a preservar a sua Dignidade, a maximizar a sua qualidade de vida e a diminuir o seu sofrimento.”

No domínio da melhoria da qualidade, considero que desempenhei um papel dinamizador na liderança, desenvolvimento e suporte das atividades realizadas, na implementação deste Projeto no Serviço que conferiu ganhos na qualidade dos cuidados prestados no âmbito da pessoa em fim de vida com necessidade de controlo sintomático.



Nesse sentido, a equipa passou a colher dados de forma mais completa e individualizada com ênfase para os dados com impacto no controlo sintomático da pessoa em fim de vida, e mais importante ainda, passou a utilizá-los na promoção da boa prática de cuidados. KOLCABA (2003) diz que “uma forma de arte de Enfermagem é chamada de cuidados de conforto que requerem um processo de ações confortantes, bem como o produto de conforto ganho pelos doentes.”

Os enfermeiros reconheceram também a importância de registar as informações recolhidas sob o risco da informação se perder e quebrar a continuidade dos cuidados. Por outro lado, a Escala de Edmonton foi introduzida nos processos destes doentes e passou a ser preenchida em 100% das situações com reconhecimento da sua importância pela equipa prestadora de cuidados a estes doentes. As alterações ao nível dos registos garantem não só a continuidade dos cuidados como conferem visibilidade e reconhecimento das intervenções de Enfermagem. Também nas passagens de turno se verificaram alterações, sendo que é conferido maior ênfase ao controlo sintomático da pessoa em fim de vida.

Segundo Fortin (1999), “a ética é o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta”. Assim, durante todo o percurso de realização do Projeto, atuei honrando e garantindo os princípios éticos respeitantes aos participantes no estudo, mantendo o princípio do respeito pela dignidade humana, o princípio da confidencialidade e o princípio da beneficência pois, para mim, é inaceitável a exposição dos participantes do estudo a experiências que resultem em dano sério ou permanente. Observando estes princípios orientadores, acautelei também a autenticidade na redação do tratamento dos dados, mantendo fidelidade em relação aos resultados obtidos e às conclusões apresentadas.



6. LIMITAÇÕES DO PROJETO

No início deste Projeto temi que a minha saída daquele Serviço fosse um constrangimento para a sua execução. Apesar se ser um tema sentido por toda a equipa, o fato de não estar em permanência no Serviço, fez-me recear que a equipa não sentisse a sua pertinência da mesma forma. Contudo, penso que se por um lado a equipa “vestiu a camisola” deste Projeto com a mesma motivação, eu tive o privilégio de conseguir ter uma visão global da sua dimensão e crescimento. O olhar de quem conhece a equipa e o seu potencial, mas também, a importância deste Projeto para a sua prática de cuidados de qualidade.

Ao longo da execução deste Projeto procurei transmitir que a terminalidade não deve ser encarada como uma derrota, mas antes, como uma realidade que merece por parte dos profissionais uma atenção rigorosa e um investimento adequado. O respeito inalienável pela vida humana em qualquer etapa é dos valores fundamentais que deverão ser salvaguardados pelos enfermeiros. São muitos os desafios subjacentes no fim da vida que colocam dilemas éticos aos enfermeiros e aos demais profissionais de saúde. Este imperativo ético torna-se mais evidente quando estamos diante de pessoas vulneráveis como são os doentes que se encontram em situação de fim de vida.

Não obstante estes desafios, os enfermeiros devem ter um papel ativo para promover o conforto e a qualidade de vida que lhes é possível.

Considerando que a finalidade deste Projeto era visar a implementação de mudanças na prática de cuidados e que todos os processos que envolvem mudança requerem tempo para interiorizar novos conhecimentos e modelos de atuação, considero que o tempo previsto para a sua consecução um pouco insuficiente para conseguir proceder a uma avaliação fidedigna do impacto da implementação do mesmo, no âmbito da prática de cuidados realizados pelos enfermeiros.

O fato da avaliação do impacto deste Projeto ter sido realizada pouco tempo após a introdução de novas práticas de cuidados pode constituir uma limitação deste estudo. Na tentativa de colmatar esta limitação foram avaliados os registos de enfermagem, o preenchimento da escala de Edmonton e os questionários aplicados aos enfermeiros no final do Projeto.



7. RECOMENDAÇÕES DO TRABALHO PARA A PRÁTICA

O crescimento deste Projeto, foi vivenciado por mim de forma intensa com um misto de expectativa e satisfação, por poder desenvolver competências numa área que me é tão querida, pelos resultados atingidos e por considerar que os cuidados paliativos são cada vez mais um imperativo ético para nós, como pessoas e profissionais de saúde.

O empenho da Equipa de Enfermagem na execução deste Projeto foi notável sendo que, apesar das dificuldades inerentes a qualquer processo de mudança, identificaram sempre mais vantagens do que desvantagens na implementação das intervenções por mim sugeridas. Todos os enfermeiros participaram e avaliaram como positivo o impacto do Projeto com contributos significativos na sua prestação de cuidados.

Contudo, ainda há caminho a percorrer pois, apesar da avaliação das intervenções de Enfermagem realizadas ter sido de uma forma geral positiva, existem aspetos que a equipa pode melhorar nomeadamente, ao nível da tradução das práticas resultantes da aplicação da Escala de Edmonton e do seu registo nas notas de enfermagem. Kolcaba (2005) considera que “estudar o processo do conforto sem a avaliação dos resultados, o aumento no conforto, é um exercício incompleto devendo por isso ter subjacente um processo de conceptualização e de operacionalização”.

Numa opinião partilhada com a Enf.^a Chefe, a Equipa de Enfermagem considera ser vantajosa a continuidade do Projeto no Serviço, pelos ganhos que conferiu à prestação de cuidados.

Para tal, considero de extrema importância todas as sugestões dadas pela equipa multidisciplinar para a continuação do Projeto. Destaco contudo, o intercâmbio com a equipa intra-hospitalar de cuidados paliativos do Centro Hospitalar pois, a meu ver, este pode trazer como consequência não só a divulgação do Projeto, como também, o próprio crescimento das equipas envolvidas, através do exercício e promoção de uma boa prática de cuidados a estes doentes pois, as equipas que em conjunto, procuram evoluir, ganhar novas competências, partilhar saberes e experiências para criar uma base



sólida capaz, reúnem esforços uníssonos para melhorar a vida destes doentes e famílias.

Durante a realização deste relatório, a Equipa de Enfermagem do Serviço onde realizei estágio, teve a iniciativa de enviar o Quadro realizado por mim no âmbito do Projeto e já referido anteriormente (Anexo XI – Quadro de Sintomas) para o 18º Congresso Nacional de Medicina Interna, o qual foi aceite.

Este fato é para mim motivo de orgulho, primeiro pela equipa sentir o Projeto como seu e querer divulga-lo depois, por ser uma oportunidade para mim de o apresentar numa conferência de prestígio nacional como é o Congresso de Medicina Interna, onde estarão presentes muitos dos elementos das equipas multidisciplinares do nosso país.



8. CONCLUSÃO

O interesse e determinação em aprofundar conhecimentos no âmbito dos cuidados à pessoa em fim de vida com necessidade de controlo sintomático cresceram em mim a par do meu percurso profissional. A relevância da implementação deste Projeto num Serviço que é também parte de mim, surge após serem identificadas situações nas quais os enfermeiros sentiam dificuldade em prestar cuidados globais ao doente em fim de vida, com enfoque no controlo sintomático.

Com a finalidade de promover ferramentas para colmatar esta lacuna, desenvolvi um processo contínuo de revisão bibliográfica, que me acompanhou durante todo o percurso, no sentido da construção de um referencial teórico e conceptual, que sustentou a minha prática clínica e as atividades desenvolvidas com a equipa.

A realização deste Projeto suportada num percurso de Investigação-Ação, agindo reflexivamente sobre a realidade para a sua transformação, permitiu o envolvimento dos enfermeiros e da restante equipa multidisciplinar no mesmo e resultou no crescimento conjunto dos enfermeiros, em termos de conhecimentos e incorporação da prática de cuidados no controlo sintomático da pessoa em fim de vida.

Os resultados obtidos evidenciam que a garantia da continuidade dos cuidados nesta área é promovida nas passagens de turno; por registos mais individualizados e completos sobre a pessoa em fim de vida com necessidade de controlo sintomático e pela aplicação da Escala de Edmonton. Tendo em conta que estes resultados se coadunam com o que a evidência científica revela como boas práticas no controlo sintomático da pessoa em fim de vida, concluo que o impacto deste Projeto conferiu ganhos significativos em termos do conforto e da qualidade de vida, demonstrados todos os dias, através dos cuidados prestados a estes doentes.

Determinante no final desta etapa é o fato das atividades iniciadas com este Projeto fazerem já parte integrante dos cuidados prestados por toda a equipa e a espontaneidade da mesma em continuar a adaptar as estratégias a todos os doentes internados com necessidade de controlo sintomático, pelo que



pretendo continuar a acompanhar e incrementar ações que promovam não só o seu desenvolvimento, como também, outros projetos que promovam o conforto e qualidade de vida dos doentes internados naquele Serviço.

Segundo Kolcaba (2003), podemos realmente dizer que a meta ou objetivo do cuidar será o conforto dos doentes, podendo ser considerado o último estágio de saúde.

Quase no fim do deste percurso, sinto-me privilegiada. Tive oportunidade de desenvolver um Projeto que me é caro, que me deu conhecimentos, experiências, pessoas, oportunidades...

Aprofundei conhecimentos, conheci excelentes profissionais a trabalhar em unidades de internamento de cuidados paliativos de referência em Portugal, divulguei a minha experiência, melhorei práticas e sinto que promovi o conforto e qualidade dos cuidados a estes doentes. Segundo a OE (2010, p.7),

“Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.”

Espero ter atingido este referencial...

Como se já não fosse o melhor dos prémios, levo ainda comigo para a equipa de apoio domiciliário de Cuidados Paliativos da Santa Casa da Misericórdia, os conhecimentos adquiridos e para o novo projeto profissional, a vontade e o dever de partilhar com a equipa multidisciplinar os recentes saberes, de modo, a incentivar e promover a investigação, medicina translacional e cuidado personalizado em todas as fases da doença oncológica.

Resta acrescentar que percorri um longo caminho no percurso da vida pessoal e profissional na construção e implementação deste Projeto. Chegado ao fim, predomina por um lado a sensação de dever cumprido, por outro, a alegria de saber que não estou sozinha no caminho que me falta percorrer.... O caminho faz-se caminhando, há que continuar, sempre de olhos no céu em busca do balão de ar cheio de cor e de esperança.



9. BIBLIOGRAFIA

- ALARCÃO, I. (2001) - Formação reflexiva. **Enfermagem Oncológica**. Lisboa. ISSN 26-259-15-2. Nº 6. (Janeiro). Págs. 53-59
- APÓSTOLO, João Luís Alves (2009) - O Conforto nas Teorias de Enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. **Referência**. Porto. ISSN 09-765-165-5. II Série. Nº9. (Março). Págs. 17-19
- BARBOSA, A.; NETO, I.,(2006) ed. lit. – **Manual de Cuidados Paliativos**. Lisboa. Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa. ISBN 345-87-7819-97-3
- BENNER, Patrícia (2001) – **De Iniciado a Perito: Excelência e poder na prática clínica de Enfermagem** (Edição Comemorativa). Coimbra. Quarteto Editora. ISBN 472-8535-97-X
- BERNARDO, A, Rosado, J. & Salazar, H. (2006).**Trabalho em Equipa**. In A. Barbosa & I. G. Neto (Eds). Manual de Cuidados Paliativos. Lisboa. Faculdade de Medicina de Lisboa. ISBN 345-87-7819-97-3
- CAPELAS, M.; Neto, I. (2006) - **Organização de Serviços**. Lisboa. Núcleo de Cuidados Paliativos Centro de Bioética. Faculdade de Medicina de Lisboa. ISBN 345-87-6152-94-5
- CERQUEIRA, Maria M. (2005) – **O cuidador e o doente paliativo**. Coimbra. Formasau. ISBN 972-8485 -49-2
- COSTA, M^a. Arminda (2002) – **Cuidar Idosos: formação, práticas e competências dos enfermeiros**. Lisboa. Edura. ISBN 972-8485-24-7
- DIÁRIO ASSEMBLEIA DA REPUBLICA. II Serie – A - Projecto de Lei n.º 65/XII/1.^a:Lei de Bases CDS – PP. Número 28. (2010). Pag. 18-20
- DOWD, Thérèse. (2004) - **Teoria do Conforto - Katharine Kolcaba**. In Ann Marriner Tomey e Martha Raile Alligood. Teóricas de Enfermagem e a sua obra (modelos e teorias de enfermagem). 5ª edição. Lisboa. Lusociência. ISBN 224-8545-21-2
- ESCOVAL, Teresa (2008) - A importância da gestão e retenção do conhecimento. **Dirigir**. Lisboa. ISSN 67-987-34-9.Nº103 (Julho – Setembro).Págs.44-46



FONSECA, Ana Maria Leitão Pinto da (1999) – **Desenvolvimento de Competências em Enfermagem – Contributos da Formação e da Prática Profissional**. Lisboa. Apresentada na Universidade Católica Portuguesa. Tese de Mestrado

FORTIN, Marie-Fabienne (1999) – **O Processo de Investigação – da concepção à realização**. Loures. Lusociência. ISBN 834-655-02-1

HESBEEN, Walter (2000) – **Cuidar no Hospital**. 2ª ed. Lisboa. Lusociência. ISBN 879-465-9

HILL, F. (1992) – Cuidar de doentes terminais. **Nursing**. Lisboa. ISSN 1164-7914. Nº50, pp. (Setembro). Págs.18-22

KOLCABA, K. (1992) - Evolution of the mid range Theory of Comfort for Outcomes Research. **Nursing Outlook Evolution**. Seattle. ISSN 0261-7714. Vol. 49. (Abril). Págs. 86-92

KOLCABA, K. (1994) - **Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Care and Research**. New York. Springer. ISBN 389-87-7779-90-8

KOLCABA, K. (2003) - **Middle Range Theories. Application to nursing research**. New York. Lippincott Williams & Wilkins. ISBN 325-87-749-91-3

KOLCABA, K. ; Kolcaba, R. (1991) - An analysis of the concept of comfort. **Journal of Advanced Nursing**. Lisboa. ISSN 0991-7774. Nº16. (Outubro). Págs. 131-140

KUBLER-ROSS, E. (1998) – **Sobre a morte e o morrer**. 2ª edição, Lisboa. Martins Fontes. ISBN 345-87-7865-90-3

LARRY B, D. E, M.D. (2008) –The Palliative Care Team. **Journal of Palliative Medicine**. Chicago. ISSN 785-8752-7825-75. Volume 11.Number 5(Novembro).Págs. 677-681

LE BOTERF, G. (2003) – **Desenvolvendo a Competência dos profissionais**. Porto Alegre: Artmed, ISBN 333-81-4675-90-8

LOPES, A.; NUNES, L. (1995) – Acerca da trilogia: Competências profissionais, Qualidade dos cuidados-Ética. **Nursing**. Lisboa. ISSN 785-87-7865-75. Nº90/91(Julho). Págs.10-13



- PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (2007) – **Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007/2010**. Lisboa: Direcção Geral de Saúde. ISBN 554-80-4358-09-1
- PORTUGAL.MINISTÉRIO DA SAÚDE (2010) – **Plano Nacional de Saúde 2011/2016**. Lisboa: Direcção Geral de Saúde. ISBN 887-12-4334-65-1
- PORTUGAL.MINISTÉRIO DA SAÚDE (1996) – **Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro**. Lisboa: Direcção Geral de Saúde. ISBN 999-11-5888-98-1
- OLARTE, N. (2000) – **Sintomas neuropsicológicos em el paciente en fase terminal**. in Imedio L. Enfermaria en cuidados paliativos. Madrid. Panamericana Ed. ISBN 890-83-7465-96-8
- OLIVEIRA, Célia. (2005) - **A experiência de confortar a pessoa hospitalizada: uma abordagem fenomenológica**. Lisboa . Apresentada no âmbito do concurso de provas públicas interno geral para preenchimento de uma vaga de professor coordenador. Disponível na biblioteca da ESEL. Tese de Mestrado
- PORTUGAL.ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – **Regulamento da Individualização das especialidades clínicas de enfermagem**. Lisboa. ISBN 776-15-9078-66-4
- PORTUGAL.ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011) – **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa**. Lisboa. ISBN 776-18-9992-90-9
- PORTUGAL.ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica**. Lisboa. ISBN 125-18-1558-26-3
- PORTUGAL.ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) - **Servir a comunidade e garantir a qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados da doença crónica: “Delivering quality, serving communities: nurses nurses leading chronic care”**. ISBN 978-898-96021-9-9
- PIMENTEL, Francisco L. (2004) – **Qualidade de vida em oncologia**. Lisboa. Permanyer Portugal. ISBN 972-733-149-1
- PINTO, A.; FERREIRA, P., (2008) - **Medir Qualidade em Cuidados Paliativos**. Porto. Acta Med. Port, 21. ISBN 785-87-785-75



PIRES, Ana Luísa de (1994) – As novas competências profissionais. **Formar**. Lisboa. ISSN 0871-7354. N.º 10. (Março/Abril). Págs.4-19

SILVA, A.; PINTO, J. (1999) - **Metodologia das Ciências Sociais**. Porto: Edições Afrontamento. ISBN 9789723605037

STEIN, Christoph (2001) – **Os opiáceos no controlo da dor – aspetos básicos e clínicos**. Lisboa. Climepsi Editores. ISBN 287-76-3358-21-7

TWYXCROSS, Robert (2003) – **Cuidados Paliativos**. Lisboa. Climepsi Editores. ISBN 972-796-093-6

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2004) – **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines**. Geneva: World Health Organization. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/media/en/408.pdf>

SITES CONSULTADOS:

<http://www.portaldasaude.pt/portal>.

<http://www.secpal.com/guiacp/>.

<http://www.apcp.com.pt/>.

<http://www.cancernurse.eu/>.

<http://www.ine.pt>



ANEXOS